THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 290

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Sosthènes-Alphonse-Adrien LEPICARD

Né à Sainte-Croix-sur-Buchy, le 6 octobre 1885
Interne des Hôpitaux de Rouen
Ex-prosecteur à l'Ecole de Médecine de Rouen
Prix d'anatomie (1908)
Prix Pillore (médaille d'or) (1909)

LA

Vomique hydatique pulmonaire

SA VALEUR CURATIVE

Président : M. CHAUFFARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DIRECTEUR

ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE ROUEN ET DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR FORTIN

(Externat 1907)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉVÉ

(Externat 1908. Internat 1911)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BATAILLE

(Internat 1909. Prosectorat)

A LA MÉMOIRE

DE M. LE PROFESSEUR ALBARRAN

(Stage 1910)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

(Stage 1910)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

(Stage 1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR SALLES

(Internat 1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR PETITCLERC

(Internat 1912)

La Vomique hydatique pulmonaire

SA VALEUR CURATIVE

INTRODUCTION

Le traitement des kystes hydatiques du poumon a fait, dans ces dernières années, l'objet d'une série de publications. La conclusion unanime de ces travaux, émanant pour la plupart de chirurgiens, c'est que *les kystes du poumon abandonnés à leur évolution naturelle présentent une extrême gravité*, que, d'une façon plus précise, *les kystes ouverts dans les bronches et évacués par vomique* aboutissent à l'issue fatale dans la grande majorité des cas — dans plus des deux tiers des cas — si l'on n'intervient pas, et qu'en définitive *la pneumotomie doit constituer, à l'heure actuelle, le seul traitement des kystes hydatiques du poumon.*

Dans un court et substantiel mémoire paru, l'année dernière, dans *la Normandie médicale* (1), M. le pro-

1. F. Dévé, *Une discussion médico-chirurgicale. Doit-on opérer tous les kystes hydatiques du poumon ?* (*Normandie médicale*, 15 juillet 1911.)

fesseur F. Dévé s'est élevé cette contre opinion. Se basant à la fois sur une étude critique des statistique s médico-chirurgicales, sur l'expérience étendue de médecins exerçant dans une contrée où les kystes hydatiques du poumon sont d'observation fréquente (région landaise) et sur son expérience personnelle, il a démontré *la valeur curative de la vomique hydatique pulmonaire*, contestée bien à tort par les chirurgiens. En soutenant cette opinion, il était, d'ailleurs, très éloigné de vouloir ériger l'expectation en système thérapeutique ; car il prenait soin d'affirmer que toute une catégorie de kystes pulmonaires relèvent exclusivement du traitement chirurgical. « Il n'est nullement question, disait-il, de restaurer, en face du traitement chirurgical moderne, qui donne, dans les cas appropriés, de si beaux résultats, la vieille thérapeutique médicale des kystes hydatiques du poumon. Nous avons voulu montrer seulement que les chirurgiens ont tort de prétendre imposer, en pareille matière, une formule thérapeutique univoque et absolue ».

M. Dévé, dans le service duquel nous sommes heureux d'avoir passé deux années de nos études médicales, nous a proposé de reprendre cette question et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous sommes heureux de le remercier ici de l'excellence de son enseignement clinique, de la cordiale sympathie qu'il nous a témoignée pendant nos études et des judicieux conseils qu'il nous a prodigués à l'occasion de ce travail. Nous tenons à lui exprimer,

en outre, nos vifs remerciements pour les figures qu'il a bien voulu dessiner pour ce travail et qui en augmentent singulièrement la valeur démonstrative.

Nous adressons également nos remerciements aux divers médecins et chirurgiens qui, avec la plus grande amabilité, ont bien voulu nous autoriser à rapporter leurs observations inédites : MM. Cerné, Jeanne, François Hue, Née, Cotoni, Bataille, Le Nouënne, Groc, Dubourg, Malet, A. Callen et Brouqueyre.

Plan. — Notre thèse comprendra deux parties : la première sera consacrée à une étude anatomique, pathogénique et clinique de la vomique hydatique pulmonaire ; la seconde à la discussion de sa valeur curative.

I. — Le sujet ayant été bien délimité au préalable, nous envisagerons successivement l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique des vomiques, avant d'arriver à l'étude de leur symptomatologie, de leur évolution et de leurs complications. Un court chapitre de diagnostic terminera la première partie de notre travail.

II. — Dans la seconde partie, après avoir rappelé les opinions émises, depuis Trousseau, au sujet de l'évolution des kystes livrés à leur évolution naturelle, nous soumettrons les statistiques classiques et les faits récents à une analyse critique. Nous serons

ainsi amené à restituer au traitement médical la place à laquelle il nous paraît avoir droit dans ce cas particulier de la pathologie hydatique. Une trentaine d'observations inédites viendront appuyer notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

LA VOMIQUE HYDATIQUE PULMONAIRE

I

DÉFINITION

Délimitation du sujet

La vomique hydatique pulmonaire *consiste dans le rejet, par la bouche, du contenu d'un kyste hydatique du poumon rompu dans les bronches.*

Cette définition exclut de notre sujet tous les cas dans lesquels les produits hydatiques rejetés par la bouche ne proviennent pas d'un kyste du poumon.

Elle élimine d'abord le *vomissement hydatique*, consécutif à la rupture d'un kyste sous-diaphragmatique dans les segments supérieurs du tractus digestif : estomac, dans la règle, plus rarement duodénum, exceptionnellement œsophage (cas de Gaulejac : kyste hydatique du lobe gauche du foie ouvert dans l'œsophage).

Elle élimine ensuite les *vomiques hydatiques hépato-bronchiques*, *réno-bronchiques*, *spléno-bronchiques*, dans lesquelles un kyste logé dans un de ces viscères abdominaux s'ouvre dans l'arbre respiratoire après avoir perforé le diaphragme.

Elle élimine enfin, théoriquement, les *vomiques hydatiques pleuro-bronchiques*. Mais ici nous devons faire une réserve. Les kystes hydatiques de la plèvre sont, comme on le sait, très rares, si rares même que nombre d'auteurs en contestent encore l'existence. Plus exceptionnels encore sont ceux qui se rompent dans les bronches, en déterminant une vomique. On sait, d'autre part, la difficulté, disons mieux : l'impossibilité qu'il y a à distinguer, dans la pratique, un volumineux kyste cortical du poumon symphysé à la plèvre pariétale, d'un kyste de la plèvre, — cela, souvent même à l'opération, — en dépit des signes purement théoriques indiqués par les auteurs (1). Dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, la symptomatologie, l'évolution et le pronostic de la

---

1. Nous partageons entièrement l'opinion exprimée par Tuffier et Martin au sujet des kystes hydatiques de la plèvre : « La difficulté du diagnostic anatomique nous laisse très sceptiques, écrivent-ils, sur la possibilité du diagnostic clinique et les symptômes qu'on leur a attribués nous paraissent le résultat de déductions arbitraires ».

Récemment (*Revue de chirurgie*, 10 décembre 1911), E. Vincent et Max Vincent ont tenté de donner des kystes hydatiques de la plèvre une nouvelle description basée sur une conception quelque peu artificielle. Le corollaire thérapeutique qu'ils en ont dégagé (décortication pulmonaire) n'est pas sans soulever de grosses réserves.

vomique sont identiques. Dès lors, on comprendra que nous confondions, *pratiquement*, vomiques hydatiques pleuro-bronchiques et vomiques hydatiques pneumo-bronchiques.

Notre définition, on l'a remarqué, ne tient pas compte de l'abondance du liquide ou des produits hydatiques rejetés, non plus que de la brusquerie de leur évacuation. En effet, nous ferons rentrer dans le cadre de notre travail les cas où la rupture du kyste pulmonaire dans l'arbre bronchique, sans déterminer une vomique typique, se traduit par une simple « expectoration hydatique ».

Le terme « vomique », dans son acception la plus habituelle, implique ou tout au moins évoque l'idée de « pus ». Or, nous accorderons ici le nom de vomique aussi bien au rejet de liquide eau de roche et au rejet de membranes hydatiques (accompagnées ou non d'hémoptysies) qu'au rejet de pus kystique. C'est ainsi qu'on pourrait décrire aux vomiques hydatiques pulmonaires trois formes, correspondant au contenu du kyste en cause : les vomiques limpides, les vomiques membraneuses ou vésiculaires et les vomiques suppurées.

II

ÉTIOLOGIE

La vomique hydatique pulmonaire peut être spontanée ou se produire à la suite d'une intervention artificielle sur le kyste : ponction évacuatrice ou simple ponction exploratrice, incision chirurgicale du kyste.

La rupture spontanée dans les bronches d'un kyste hydatique du poumon est, d'une façon générale, très fréquente. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Delgrange évalue à la moitié des cas les kystes du poumon qui, laissés à leur évolution naturelle, déterminent une vomique. Dans un travail récent, plein de vues personnelles intéressantes, que nous aurons d'ailleurs à discuter chemin faisant, Pedro Escudero insiste sur la disproportion entre « le nombre des kystes qui se rompent dans le poumon et dans les autres organes ». Il attribue cette fréquence de la vomique hydatique pulmonaire aux changements de pression auxquels sont constamment soumis les kystes du poumon et aux véritables traumatismes qu'ils subissent par suite de la toux

que provoque leur présence. « La comparaison des hydatides ouvertes par vomique nous a amené, dit-il, à la conviction que ce sont les kystes anciens et volumineux qui se rompent, ceux qui provoquent des symptômes bruyants, toux fréquente, hémoptysies, etc., en un mot, les kystes qui se traumatisent beaucoup. Nous n'avons jamais observé (ni lu) que la vomique fût la première manifestation d'une hydatide pulmonaire. Les kystes tolérés ne se rompent point ». Et si Escudero admet la possibilité de rupture pour les petits kystes, c'est uniquement, selon lui, pour ceux qui provoquent de violents accès de toux. « Nous avons, dit-il, trois observations d'hydatides du poumon, un peu plus grandes qu'un œuf de poule, ouvertes par vomique et qui guérirent spontanément. Mais toutes trois provoquaient de violents accès de toux, elles se trouvaient dans la partie centrale et n'étaient diagnostiquables qu'aux rayons X ».

L'interprétation pathogénique de Escudero nous semble discutable. On admet difficilement, en effet, qu'un kyste hydatique, situé dans un organe aussi moelleux et aussi élastique que le poumon, soit soumis à des changements de pression considérables et subisse de véritables traumatismes suffisants pour déterminer sa rupture dans une bronche voisine. Les symptômes d'intolérance du poumon à l'égard du kyste (violentes quintes de toux, hémoptysies, etc.), sont souvent symptomatiques de périkystite suppurée. Or, celle-ci, nous le verrons, est une des causes les plus importantes de la rupture du kyste. Aussi,

interpréterions-nous autrement que Escudero, les trois cas auxquels il fait allusion. Ce ne serait pas parce qu'ils provoquaient des accès de toux que les kystes en question s'étaient rompus dans les bronches, mais c'est parce qu'ils irritaient et étaient en train d'ulcérer les bronches qu'ils provoquaient des accès de toux.

A la vérité, dans un assez grand nombre d'observations sont signalés, comme causes occasionnelles de la vomique, des accès de toux, des traumatismes thoraciques, des efforts, de violentes émotions. Mais, souvent aussi, on a vu la vomique spontanée limpide survenir sans cause appréciable. Hearn, qui avait déjà insisté sur ce point, en a rapporté un bel exemple.

Les *ponctions* exploratrices ou évacuatrices, l'*incision* des kystes hydatiques du poumon sont fréquemment suivies de vomiques limpides. Pasquier, dans sa thèse (1899), insistait sur ce danger des ponctions dont il rapportait une série d'exemples (et d'autres ont été rapportés depuis lors); il admettait, d'ailleurs, que lorsque la vomique n'est pas immédiatement mortelle, elle pouvait constituer un facteur de guérison du kyste hydatique. De son côté, Guimbellot a signalé, dans sa thèse, les vomiques consécutives à la pneumotomie. Dans leur récent rapport sur le traitement des kystes hydatiques, Cranwell et Vegas signalent que sur seize cas de kystes aseptiques du poumon opérés, quatre fois il virent une vomique

hydatique survenir au moment de l'incision de la poche.

Quant à la *suppuration* du kyste, qui se trouve à l'origine d'un grand nombre de vomiques, elle survient le plus souvent spontanément. La paroi vésiculaire, baignée par le muco-pus d'une bronche ulcérée, s'altère dans la région correspondante; sa cuticule s'éraille, se fissure et finit par livrer passage aux micro-organismes qui trouvent dans le liquide hydatique un excellent milieu de culture.

Parfois la *suppuration* est provoquée par une ponction. Pendant longtemps on a cru que, seules, les ponctions septiques, disons le mot : les ponctions « malpropres », pouvaient déterminer cet accident. Or, on sait aujourd'hui que les *ponctions les plus aseptiques peuvent être suivies d'infection du liquide vésiculaire*. La chose est aussi vraie pour les kystes du poumon qu'elle l'est pour les kystes du foie. C'est que, comme l'a indiqué M. Dévé, l'aiguille exploratrice stérile est susceptible de s'infecter en traversant l'espace virtuel périvésiculaire, très fréquemment infecté par la voie bronchique. « L'aiguille réalise presque fatalement, en pareil cas, l'ensemencement microbien du milieu de culture vésiculaire, à la façon du fil de platine du bactériologiste. En tous cas, la brèche qu'elle laisse après elle suffit amplement au passage de l'invasion microbienne (1) ».

La vomique suppurée a pu être observée, enfin,

---

1. F. Dévé, *les Kystes hydatiques du foie*. Paris, 1905, p. 36.

comme la vomique hydatique limpide d'ailleurs, *au cours même de l'intervention chirurgicale*, immédiatement après l'incision du kyste et avant qu'on ait eu le temps d'évacuer son contenu.

La nature du contenu kystique intervient, sans nul doute, comme condition étiologique. La vomique est plus fréquente en cas de kyste suppuré qu'en cas de kyste aseptique : c'est, en pareil cas, le mode d'évolution naturel de la lésion. Dieulafoy admet même que la suppuration préalable est une condition presque nécessaire de la vomique : « Tant que le kyste n'est pas infecté, dit-il, tant qu'il n'est pas envahi par la suppuration, la rupture ne se fait point : les exceptions à cette règle sont extrêmement rares ». Cependant Escudero, qui observe dans un pays extrêmement riche en kystes hydatiques et où cette affection est dépistée de bonne heure par les cliniciens, admet la fréquence inverse. Il estime, il est vrai, que « si les vomiques de liquide clair sont plus fréquentes, c'est que les kystes non suppurés sont plus communs ».

III

PATHOGÉNIE

Pour comprendre la pathogénie de la vomique hydatique pulmonaire, il est indispensable de connaître les rapports qu'affecte le kyste du poumon avec le tissu pulmonaire voisin et surtout avec les bronches. Aussi serons-nous obligé d'empiéter un peu sur le chapitre prochain pour élucider ce point d'anatomie pathologique.

La vésicule hydatique intacte, en augmentant de volume, comprime les tissus qui l'environnent. Le tassement, le feutrage du parenchyme pulmonaire, auquel se joint un processus irritatif et inflammatoire atténué, provoqué par la présence du parasite dans le tissu, aboutit à la production d'une enveloppe fibreuse adventice, qui entoure la vésicule sans lui adhérer. C'est doublement à tort qu'on donne communément à cette capsule adventice le nom de « membrane péri-kystique » : d'abord parce qu'il ne s'agit pas d'une « membrane » distincte, mais bien, comme y a insisté M. Dévé, d'une *zone densifiée se*

continuant progressivement avec le parenchyme pulmonaire ambiant ; — ensuite parce que, ce qu'elle enveloppe, ce n'est pas le kyste, mais le parasite. « Le parasite à l'état vésiculaire constitue, au milieu des tissus, *un corps étranger enkysté*, dit M. Dévé, corps étranger vivant et actif. La poche fibreuse qui l'entoure forme le *kyste* proprement dit. Le contenu « eau de roche » du ver cystique inclus dans ce kyste lui a valu sa qualification d'*hydatique* ».

Si nous avons tenu à rappeler ces définitions élémentaires, c'est parce que, dans son ouvrage tout récent, P. Escudero, prétendant qu'il s'agit là de « subtilités de langage », préfère, « conformément à l'usage », continuer d'appeler *périkystique* la capsule qui constitue en réalité le *kyste*. Quand on dit d'une tumeur, d'un corps étranger, qu'ils sont « enkystés » dans les tissus, on n'entend pas désigner par le terme « kyste » la tumeur, le corps étranger, mais bien la capsule fibreuse qui les encapsule. Pourquoi se comporter différemment quand on a affaire au corps étranger hydatique ?

Entre la vésicule parasitaire intacte et son kyste adventice existe un *espace virtuel*, *espace péri-vésiculaire* (Dévé), qui deviendra la *cavité kystique* quand le parasite se sera affaissé ou aura été évacué, et dans lequel s'ouvrent très souvent les bronches.

La raison de cette ouverture des canaux bronchiques dans les kystes du poumon est la même qui explique l'ouverture des conduits biliaires dans les kystes du foie. Elle a été bien mise en lumière par

M. Dévé : « Tandis que les vaisseaux sanguins comprimés ont une tendance générale à la symphyse et à l'oblitération, les canaux biliaires d'un certain volume, *grâce à la muqueuse qui les tapisse*, restent habituellement perméables dans l'épaisseur du tissu fibreux, jusqu'au contact du parasite ». Mais, dans le cas particulier du poumon, deux conditions particulières interviennent, qui jouent un rôle très important dans la pathogénie de la vomique : c'est, d'une part, le *gros calibre relatif de la canalisation bronchique* ; c'est, d'autre part, la *résistance du squelette bronchique fibro-cartilagineux*, qui maintient le conduit muqueux *largement béant* (Dévé).

On pourrait dire que les perforations bronchiques, grosses ou petites, sont presque constantes dans les kystes ayant atteint un certain développement.

Par suite, la vésicule intacte et aseptique se trouve entourée d'un espace qui est en communication avec l'arbre bronchique et qui, de ce fait, est presque constamment septique : on y trouve assez fréquemment un peu de muco-pus (Dévé, Passeron).

La vésicule résiste cependant longtemps à ce contact. Les expériences de Chauffard et Widal n'ont-elles pas montré, il y a plus de vingt ans, que tant qu'elle est vivante, la cuticule hydatique ne se laisse pas envahir par les microbes ? Néanmoins, à la longue, les lamelles externes de la cuticule s'éraillent, se ramollissent, et la paroi perd localement sa résistance, sous l'influence de ce processus d' « *endokystite* » (Dévé).

C'est dans le point où la vésicule est en contact avec les bords de la perforation bronchique que sa résistance est le plus menacée, car c'est là que débute et que se cantonne, pendant plus ou moins longtemps, l'infection de l'espace périvésiculaire. Maintenue dans le reste de son étendue par son kyste adventice régulier, exactement moulé sur elle, la vésicule, distendue par son liquide sous tension, n'est pas soutenue au niveau de l'orifice bronchique. M. Dévé nous a dit avoir vu plusieurs fois, sur les kystes du mouton intacts, la vésicule faire une pointe de *hernie* (sous forme d'une bosselure circonscrite teintée en jaune par le muco-pus bronchique) dans l'orifice évasé de la fistule bronchique.

Il a conservé sur ce point des dessins et des notes très explicites. La figure inédite, qu'il nous a permis de reproduire ici (fig. 1), est particulièrement suggestive.

Elle représente, vue de profil, une vésicule hydatique extraite intacte de son kyste et qui présentait deux saillies s'engageant dans deux bronches ouvertes dans la poche. Les deux bosselures étaient teintées en jaune verdâtre par le contact prolongé du muco-pus bronchique. On conçoit, dans ces conditions que la cuticule s'éraille et cède en ce point plus que partout ailleurs. Et l'on peut parfaitement admettre que les secousses de toux (provoquées par l'irritation de la bronche), martelant en quelque sorte le kyste sur les bords de la perforation bronchique, achèvent de provoquer la rupture de la vésicule,

en donnant lieu à une vomique hydatique limpide.

Les conditions anatomiques, que nous venons de rappeler, expliquent sans difficulté les vomiques qui surviennent fréquemment *au cours de la ponction ou de l'incision*. Il est fort peu vraisemblable que l'aiguille ou le trocart puissent atteindre directement le point faible de la vésicule, comme l'ont pensé

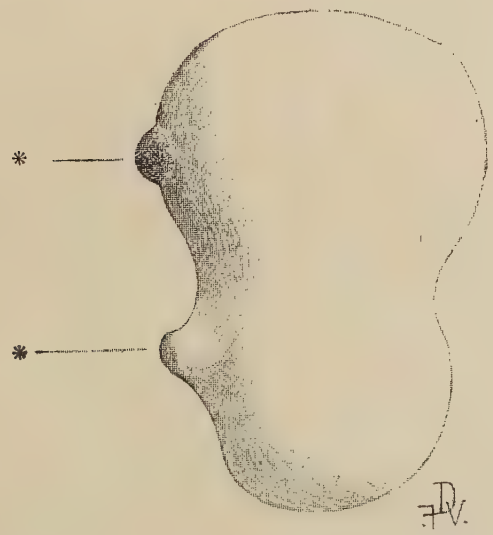


Figure 1. — Vésicule hydatique mère, extraite d'un kyste du poumon d'un mouton. Grandeur naturelle (F. Dévé).

Cette vésicule, énucléée intacte après incision prudente de son kyste adventice, engageait deux prolongements coniques (*) dans les orifices de deux bronches ouvertes dans la cavité kystique virtuelle. Les deux « hernies » vésiculaires oblitéraient hermétiquement les orifices bronchiques ; leur surface était teinte en jaune par le muco-pus bronchique. Le liquide vésiculaire était parfaitement limpide. A la membrane germinative étaient appendues de nombreuses capsules proligères fertiles, en pleine vitalité.

quelques auteurs, car ce point se trouve situé généralement au pôle profond du kyste (voir la fig. 2),

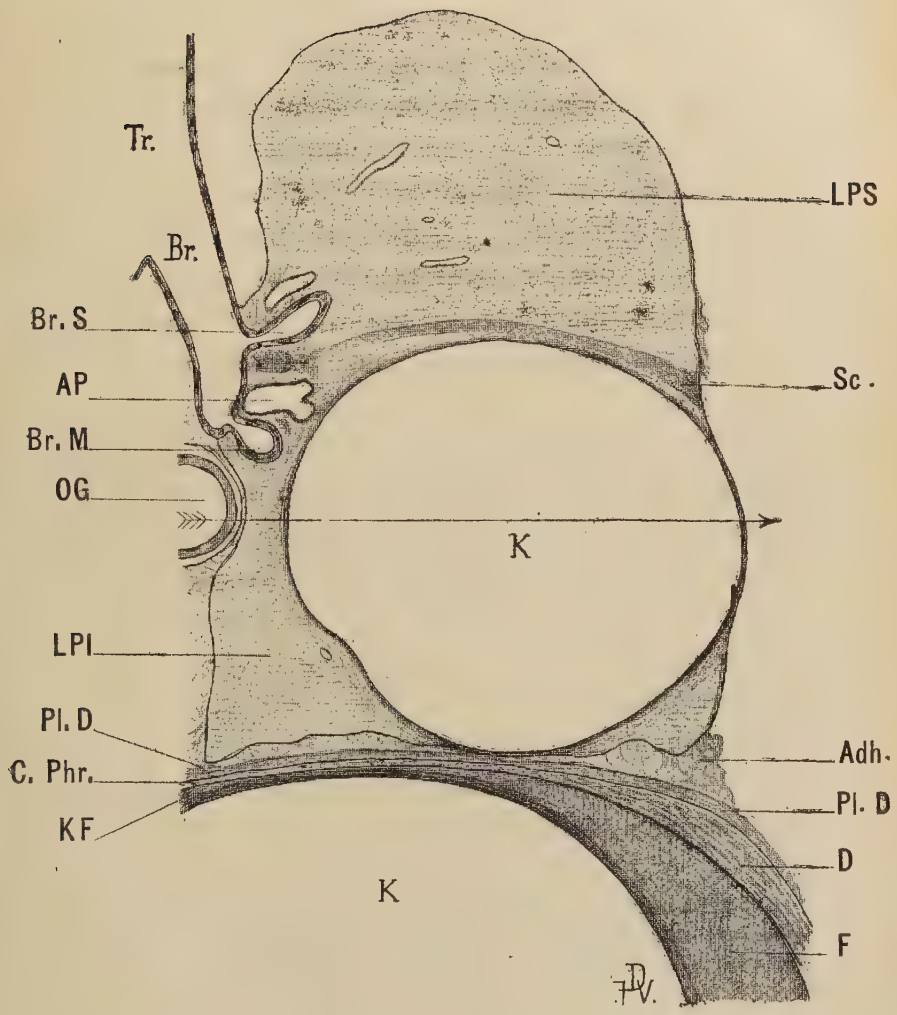
Figure 2. — Coupe verticale, frontale, d'un poumon droit renfermant un kyste hydatique. Segment antérieur de la coupe (F. Dévé).

La section a été pratiquée après fixation et durcissement de la pièce intacte (obs. V, Cf. fig. 4, p. 36).

Le kyste, situé au centre du lobe inférieur, affleure, à la fois, du côté de la grande cavité pleurale (libre à son niveau), du côté de la scissure interlobaire (symphysée) et à la face diaphragmatique du poumon (symphysée au diaphragme). Un volumineux kyste du foie entre en rapports avec le kyste pulmonaire à travers le centre phrénique. On remarque que, vers la région hilaire, le kyste arrive au voisinage d'une grosse branche de l'artère pulmonaire : la lame de tissu pulmonaire atélectasié qui l'en séparait mesurait 3 millimètres.

Tr., trachée. — *Br.*, bronche droite. — *Br. S*, bronche lobaire supérieure (au-dessous d'elle, un ganglion bronchique). — *A P*, artère pulmonaire. — *Br. M*, bronche lobaire moyenne. — *O. G*, oreillette gauche du cœur, intéressée par la coupe verticale. — *L P I*, lobe pulmonaire inférieur. — *Pl. D*, plèvre diaphragmatique atteinte de pachypleurite. — *C. Phr.*, centre phrénique. — *K F*, paroi du kyste du foie, symphysée au diaphragme. — *D*, diaphragme. — *Adh.*, adhérences fibrineuses récentes. — *Sc.*, scissure interlobaire symphysée. — *L P S*, lobe pulmonaire supérieur.

La flèche indique le niveau où a été faite la section horizontale représentée dans la figure 3.


Tr.
Br.
Br. S
AP
Br. M
OG
LPS
Sc.
K
LPI
Pl. D
C. Phr.
KF
Adh.
Pl. D
D
F
K
V.

par conséquent au pôle opposé à celui qui est ponctionné ou incisé. Il est beaucoup plus probable que, du fait de l'évacuation partielle de la vésicule, la cuticule, se plissant, cède au niveau de son point faible. On peut aussi admettre que la paroi vésiculaire se fissure parfois autour de l'orifice de ponction et que, les lèvres de la fissure s'enroulant en dehors (selon leur tendance naturelle), le liquide hydatique est immédiatement déversé dans la cavité kystique et, de là, fait irruption par l'orifice bronchique.

Dans les cas de vomiques suppurées, on a presque toujours affaire à un parasite mort depuis plus ou moins longtemps et affaissé. Les membranes et les vésicules flétries (1) nagent dans un pus plus ou moins putride qui fait brusquement irruption dans l'arbre respiratoire, lorsque la fistule kysto-bronchique est devenue assez large pour livrer passage aux membranes plissées et enroulées qui l'oblitéraient plus ou moins exactement.

Telle est la pathogénie, en somme, fort simple, de la vomique hydatique pulmonaire.

---

1. Il est à noter que la présence de vésicules filles est beaucoup plus rare dans les kystes du poumon que dans ceux du foie et des autres viscères.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas à faire ici l'étude du kyste hydatique intact et pour ainsi dire « normal », mais celle du kyste ouvert — et plus ou moins complètement évacué — dans les bronches. Toutefois, nous aurons à rappeler et à préciser diverses données anatomo-pathologiques qui éclairent la pathogénie de la rupture bronchique.

Siège. — On sait que les kystes hydatiques siègent le plus souvent à la base du poumon droit. Mais cette règle est loin d'être absolue : le kyste qui aura donné lieu à une vomique pourra siéger dans l'un quelconque des lobes pulmonaires. Parmi les 30 observations inédites que nous rapportons à la fin de notre thèse, 14 indiquent, de façon suffisamment précise, le siège du kyste : 10 concernent le poumon droit, 4 le poumon gauche ; 7 siégeaient au sommet, 6 à la base, 1 à la partie moyenne. Mais il s'agit là d'une statistique trop peu étendue et ces chiffres peuvent résulter d'un simple hasard de série.

Plus intéressante, à notre point de vue, est la

question du siège du kyste par rapport à l'arbre bronchique, car ce siège donne la raison de maintes particularités de l'évolution de la lésion hydatique.

Rapports avec l'arbre bronchique. — Un kyste a d'autant plus de chances de s'ouvrir dans l'arbre respiratoire que sa paroi se trouve au voisinage des *grosses bronches.* Cette condition se trouve surtout réalisée, il est facile de le prévoir *a priori*, lorsque la lésion *a pris naissance* dans une *région centrale du poumon.* Un kyste périphérique, au contraire, peut acquérir un volume énorme, refouler presque tout le parenchyme pulmonaire vers le médiastin, sans entrer pour cela en rapport *direct* avec une grosse bronche. C'est précisément pourquoi les kystes de la plèvre ont si peu de tendance à s'ouvrir dans les bronches : P. Escudero a même pu affirmer qu'ils « ne s'ouvrent *jamais* par vomique ».

On pourrait, jusqu'à un certain point, rapprocher à cet égard les kystes hydatiques des pleurésies purulentes. On sait, en effet, que les pleurésies de la grande cavité — qui abordent le poumon par la périphérie — ne donnent que très rarement et très tardivement lieu à une vomique, tandis que cet accident constitue le mode de terminaison à peu près *constant* et *précoce* des petites pleurésies purulentes interlobaires, qui abordent les grosses bronches directement, au fond du carrefour interlobaire. La taille de la collection intervient moins dans la vomique que ses rapports immédiats avec la ramification bronchique.

De là il ressort que, toutes choses égales d'ailleurs, *la vomique est plus* FRÉQUENTE *et plus* PRÉCOCE *dans les kystes* CENTRAUX. Dire qu'elle est plus

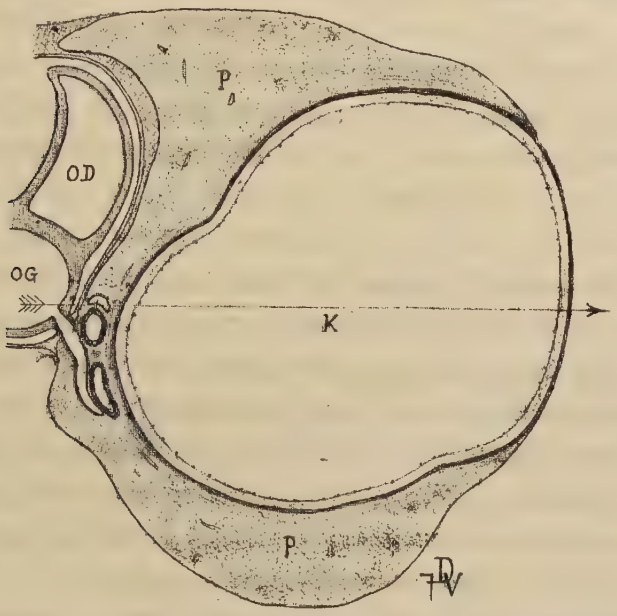


Figure 3. — Coupe horizontale d'un poumon droit renfermant un kyste hydatique (F. Dévé).

Même pièce que dans la figure 2. Segment inférieur de la coupe. Le kyste, né au centre du lobe inférieur du poumon, a refoulé en dedans les organes du hile pulmonaire. Deux branches de bifurcation de la bronche lobaire inférieure ne sont séparées de la surface interne du kyste que par une épaisseur de 2 millimètres. En dehors, vers la plèvre, la paroi kystique est réduite à une mince membrane mesurant 0 mm. 5 d'épaisseur.

P, poumon. — O G, oreillette gauche du cœur, dans laquelle vient s'aboucher la veine pulmonaire droite inférieure. — O D, oreillette droite.

La membrane mère du kyste a été figurée en place, telle qu'on l'a trouvée à la section. Elle mesurait 2 mm. 5 d'épaisseur et était fertile (aspect grenu de sa surface interne, dû aux capsules proligères restées adhérentes à la germinale). La flèche indique le niveau auquel avait été pratiquée la section verticale représentée dans la figure 2.

précoce, c'est dire qu'elle s'observera dans des kystes de plus petit volume que lorsqu'il s'agira de kystes périphériques. A cet égard, nous nous écartons de l'opinion de Escudero. Cet auteur écrit que « ce sont les kystes anciens et volumineux qui se rompent ». Sans doute, d'une façon toute générale, un kyste volumineux et ancien a plus de chances d'arriver au contact d'une grosse bronche qu'un kyste petit et jeune. Mais nous soutenons qu'un kyste central n'a nullement besoin d'être volumineux pour s'évacuer par les bronches. Escudero convient, d'ailleurs, « qu'il est donné de voir des kystes petits qui s'ouvrent dans les bronches alors qu'on ne peut encore les découvrir qu'aux rayons X » ; mais, ajoute-t-il, « ils constituent l'exception ». Nous pensons que ces cas sont moins « exceptionnels » que le dit Escudero. Nous rapporterons, en effet, une série d'observations dans lesquelles l'examen clinique était incapable de localiser le siège de kystes profonds évacués par vomique.

En somme, il y a lieu de séparer, au point de vue de leur tendance à la vomique, les kystes pulmonaires en *deux groupes* (Dévé): les kystes CORTICAUX, « parapleuraux », qui, *nés à distance des grosses bronches*, ont besoin d'être relativement volumineux et anciens pour se rompre dans l'arbre respiratoire — et les kystes CENTRAUX, « para-bronchiques », qui, *nés au voisinage des grosses bronches*, peuvent s'ouvrir dans leur cavité alors qu'ils ont une taille relativement modérée, rendant ainsi très difficile leur diagnostic par les moyens cliniques ordinaires.

Reste à savoir si les kystes centraux sont plus fréquents que les kystes périphériques. C'est une question qui n'a pas été précisée jusqu'ici. Il semble bien que les derniers soient les plus fréquents. On comprendrait, en ce cas, que la vomique soit, dans la pratique, d'observation plus courante dans des kystes volumineux.

La caverne hydatique. — La caverne hydatique offre des aspects variables suivant qu'on se trouve en présence d'une cavité incomplètement évacuée, d'une cavité complètement déshabitée et rétractée, ou au contraire qu'on a affaire à une vaste poche maintenue béante par l'induration de ses parois ou sa symphyse à la paroi costale.

Dans le premier cas, on trouve une poche à parois plus ou moins irrégulières renfermant encore des débris hydatiques (membranes, vésicules) accompagnés de pus, fétide ou non.

Dans le second cas, on observe une cavité de dimensions réduites, pouvant donner l'impression d'une dilatation bronchique et ne renfermant plus aucun élément caractéristique. Il est alors à peu près impossible, en l'absence des commémoratifs, de reconnaître la nature hydatique de la lésion.

Dans le dernier type, au contraire — appartenant presque toujours au groupe des kystes corticaux — on a affaire à une large cavité, adhérente à la paroi costale ou diaphragmatique et qui renferme à la fois des gaz et une quantité variable de pus fluide,

plus ou moins putride, dans lequel nagent des lambeaux de membrane hydatique accompagnés ou non d'hydatides affaissées. On prévoit que de telles poches donnent naissance à des signes hydro-aériques, analogues à ceux qu'on observe dans le pyo-pneumothorax : c'est pour ces cas que M. Dévé a proposé le terme de « pyo-pneumokystes hydatiques du poumon ».

Structure de la caverne hydatique. — La paroi de la caverne hydatique est constituée par le *kyste adventice*. Rappelons ici que, dans les kystes hydatiques pulmonaires non compliqués, l'adventice est extrêmement mince. Elle est, dans le poumon, beaucoup plus mince que dans les autres viscères (cerveau excepté), au point que son existence a été niée par quelques auteurs. Trousseau, Cruveilhier, Hearn admettaient qu'elle « manque souvent ». Behr a montré qu'elle est constante, mais ordinairement réduite à une « membrane fine et mince au travers de laquelle on voit souvent les bronches et les vaisseaux pulmonaires qui rampent à sa surface ». Tuffier et Martin ont plus récemment insisté sur cette minceur et cette souplesse du kyste adventice, particulièrement favorable à l'affaissement de la poche après pleuro-pneumotomie. Ils ont bien indiqué que la capsule fibreuse acquiert souvent une épaisseur et une consistance notables dans le cas de kystes suppurés.

Ces derniers sont ceux qui nous intéressent le plus ici. Même lorsqu'on a affaire à un kyste ayant

donné lieu à une vomique limpide, on peut dire que *tout kyste ouvert dans les bronches est pratiquement infecté.* L'infection peut, d'ailleurs, être de virulence très atténuée, et ne donner lieu qu'à des phénomènes réactionnels minimes : nous y reviendrons dans un instant.

Alors que, à l'état normal, la paroi kystique est fibreuse, très pauvre en cellules et à peu près privée de vaisseaux (tout au moins au contact du parasite enkysté), ici elle apparaît au microscope infiltrée de nombreuses cellules inflammatoires, souvent tapissée à l'intérieur par une « membrane pyogène » ou par une nappe de « tissu de bourgeon charnu » très riche en néo-capillaires.

Ceux-ci expliquent en partie la fréquence de l'expectoration hémoptoïque dans les faits de ce genre ; mais les néo-capillaires sont incapables de donner naissance aux grandes hémoptysies qui précèdent, accompagnent ou suivent si souvent la vomique hydatique. On a affaire alors à l'ulcération septique de quelque veine pulmonaire d'assez gros calibre emprisonnée dans le processus kystique, ou plutôt encore de quelque branche artérielle (pulmonaire ou bronchique) acccompagnant étroitement la bronche et ulcérée en même temps qu'elle.

La fistule kysto-bronchique. — Nous avons insisté précédemment sur le processus qui préside à la formation de la fistule kysto-bronchique. Les bronches, plus résistantes que le tissu pulmonaire, se laissent

refouler moins aisément. Tapissées de leur muqueuse, maintenues béantes par leur armature cartilagineuse, elles sont usées latéralement, puis sectionnées. Leur ouverture serait, classiquement, taillée en biseau. En réalité, très souvent elle se montre évasée et arrondie, et la bronche paraît s'ouvrir à plein

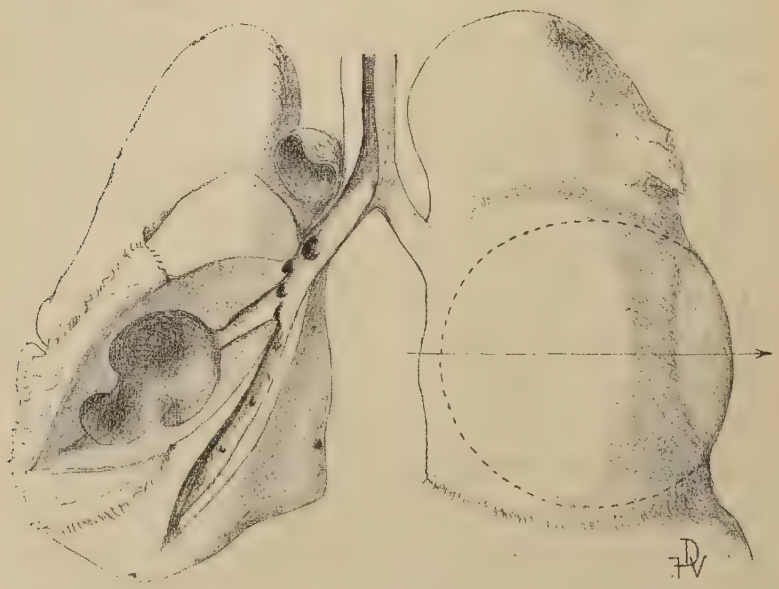


Figure 4. — Poumon humain renfermant deux kystes hydatiques : l'un intact (lobe inférieur droit), l'autre évacué par vomique (lobe inférieur gauche) (F. Dévé).

Pièce de l'observation V. La vomique remontait à quatre mois ; la caverne hydatique était en voie de régression ; elle mesurait 4 cm. 5 sur 3 centimètres (N.B. — *Les proportions n'ont pas été exactement gardées sur cette figure demi-schématique* destinée surtout à montrer les rapports de la poche avec la canalisation bronchique. La cavité était relativement beaucoup plus petite). On voit la troisième ramification de la bronche lobaire inférieure s'ouvrir à plein canal dans la cavité. La flèche indique, à droite, le niveau de la section représentée figure 3.

canal dans la cavité kystique (fig. 4). A côté de ces ouvertures bronchiques par usure mécanique, certaines semblent reconnaître une autre origine. C'est ce que permet de penser le cas, observé par M. Dévé chez un mouton, et qu'il a représenté dans les deux figures ci-contre. La figure 5 reproduit, à un faible grossissement, une coupe histologique pratiquée normalement à la surface de la bronche

Figure 5. — Kyste hydatique du poumon d'un mouton, en voie d'évacuation dans une bronche. Coupe histologique, à un faible grossissement (F. Dévé).

La coupe a été faite perpendiculairement à la surface bronchique, qu'on voit à la partie supérieure de la figure.

Br., paroi bronchique. — *K*, kyste adventice. — *M*, membranes hydatiques. — *P*, parenchyme pulmonaire.

Remarquer que le parenchyme pulmonaire est à peu près normal au voisinage du kyste ouvert, réserve faite pour quelques bandes de sclérose pulmonaire très discrète (*Scl.*).

ouverte et suivant l'axe de cette bronche. La figure 6 montre, à un plus fort grossissement, la structure histologique de la région avoisinant la fistule bron-

cho-kystique. Or, on voit que la paroi bronchique est ouverte latéralement, comme à l'emporte-pièce, par un *conduit fistuleux perpendiculaire à sa surface*, par lequel s'engagent les membranes hydatiques. La collection hydatique suppurée paraît bien s'être fistulisée ici directement dans la cavité bronchique voisine, en perforant sa paroi.

Il semble, à la vérité, qu'il s'agisse là d'un processus exceptionnel.

Si le *calibre des bronches ouvertes* dans l'espace virtuel des kystes pulmonaires encore intacts est, d'une façon générale, très variable (il s'agit parfois de petites bronchioles), il n'en va plus de même dans les cas qui nous intéressent seuls, c'est-à-dire *ceux dans lesquels les membranes hydatiques ont pu s'éliminer plus ou moins complètement dans l'arbre trachéo-bronchique et être rejetées par vomique*. On conçoit qu'il faille nécessairement, pour cela, une bronche d'un assez gros calibre : sinon une bronche lobaire, du moins une des *principales branches de division de la bronche lobaire*. Les observations sont malheureusement peu précises, en général, sur ce point. Dans notre observation V, la bronche intéressée était la troisième ramification de la bronche lobaire inférieure du poumon gauche. Sur la pièce rétractée, elle mesurait 1 centimètre de longueur et 5 millimètres de diamètre intérieur.

Le *siège* et la *déclivité de l'ouverture kysto-bronchique*, par rapport à la caverne kystique, ont une influence très importante sur l'évolution de la

vomique. Comme l'a fait remarquer M. Dévé « théoriquement, le siège du kyste dans le lobe supérieur favorise l'évacuation déclive du contenu kystique (pus et membranes) dans les grosses ramifications bronchiques. Au contraire, le siège du kyste à la base rend souvent cette évacuation défectueuse ».

Deux autres particularités anatomo-pathologiques nous restent à envisager, qui jouent un rôle capital

Figure 6. — Le trajet fistuleux kysto-bronchique de la figure précédente, vu à un plus fort grossissement (F. Dévé).

Br., paroi bronchique. — *K*, paroi kystique. — *P*, membrane pyogène tapissant la face interne du kyste. — *M*, membranes cuticulaires feuilletées. — *é*, épithélium bronchique. — *mm*, muscularis mucosæ. — *c*, noyaux de cartilage bronchique. — *gl*, glandes bronchiques. — *p*, parenchyme pulmonaire (légèrement sclérosé). — *v*, vaisseaux embryonnaires. — *k*, paroi kystique.

dans le processus d'involution de la caverne hydatique : c'est, d'une part, l'état du parenchyme pulmonaire ambiant, c'est, d'autre part, l'existence de pleurite adhésive, de symphyse pleurale.

État du parenchyme pulmonaire périkystique. — En cas de kyste aseptique et de volume modéré, l'adventice, nous l'avons vu, présente une très faible épaisseur et une grande souplesse. Elle se continue en dehors avec une zone de parenchyme pulmonaire affaissé, atélectasié (P. Escudero), par compression excentrique, mais qui reste perméable à l'air et qui, une fois le kyste évacué, comblera le vide produit et permettra l'accolement des parois kystiques. Le tissu pulmonaire non altéré est remarquablement malléable.

Dans les kystes infectés, au contraire, l'adventice s'épaissit, du fait de l'intervention d'un processus inflammatoire actif, qui diffuse plus ou moins dans le parenchyme ambiant (congestion subaiguë, hépatisation bâtarde). Si l'infection est atténuée, si elle est d'apparition récente, si, après ouverture bronchique, il n'y a pas de *stagnation* des produits septiques, autrement dit, si le drainage spontané s'établit bien, les lésions périkystiques inflammatoires s'atténuent rapidement et restent circonscrites : le parenchyme voisin reprend sa perméabilité, sa souplesse, son « expansivité »,et la caverne bronchique ne tarde pas à se cicatriser.

Que si on a affaire, par contre, à un vieux kyste ayant déterminé, au cours de son évolution, des poussées répétées et prolongées de congestion pulmonaire périkystique, surtout s'il s'agit d'un kyste suppuré, le tissu pulmonaire ambiant est atteint de

sclérose. Et l'effacement de la cavité kystique se trouve, de ce fait, singulièrement gêné.

État de la plèvre. — L'état de la plèvre au contact du kyste pulmonaire est tout aussi important à connaître.

Tuffier et Martin ont montré que la cavité pleurale est libre quand le kyste n'est pas suppuré et est de moyen volume, mais qu'on trouve, par contre, des adhérences dans presque tous les cas de kystes suppurés anciens. C'est également l'avis de Escudero : « Dans la grande majorité des cas que nous avons étudiés, écrit-il, nous avons constaté l'absence de symphyse pleurale, même dans les kystes relativement grands. Cependant, dans les kystes anciens, surtout dans les kystes suppurés, quand ils se développent dans le voisinage de la plèvre, on observe un épaississement ou une soudure des plèvres ». Nous attacherions, pour notre part, une grande importance à cette dernière condition : le développement « dans le voisinage de la plèvre ». On doit la préciser, selon nous, car ce qui acquiert une grande importance, c'est moins la symphyse pleurale en elle-même que *la continuité du tissu fibreux kystique avec la plèvre symphysée.* Si, en effet, entre les deux existe une couche de parenchyme pulmonaire encore relativement perméable et expansible, la rétraction du kyste est encore possible grâce au « jeu » que donne la nappe parenchymateuse intermédiaire. Au contraire, lorsque la coque kystique se

confond avec la plèvre sclérosée et symphysée, la paroi externe de la caverne hydatique est rivée à la paroi costale et ne peut s'affaisser.

De ce chapitre anatomo-pathologique, nous dégagerons plus particulièrement trois notions, sur lesquelles nous aurons à revenir.

Toutes choses égales d'ailleurs :

1° Les kystes centraux ont plus de tendance à évacuer leur contenu dans les bronches que les kystes corticaux.

2° Le volume des kystes centraux ayant donné lieu à une vomique est, dans la règle, beaucoup plus restreint que celui des kystes corticaux qui viennent à se rompre dans les bronches.

3° Les kystes centraux évacués par vomique sont plus aptes à s'affaisser et à se cicatriser spontanément que les kystes corticaux, car ils sont entourés de « parenchyme pulmonaire libre et malléable qui se prête admirablement à la rétraction rapide de la poche » (Dévé).

V

ÉTUDE SYMPTOMATOLOGIQUE

C'est moins la description symptomatologique de la vomique hydatique prise en elle-même que nous allons donner dans ce chapitre, que celle de *la rupture du kyste dans les bronches*, dont la vomique n'est qu'un épisode. De même, ce que nous étudierons ensuite, ce sera moins l'évolution de la vomique elle-même que *l'évolution du kyste évacué dans les bronches*. Il nous a paru impossible de séparer l'une de l'autre.

Nous laisserons complètement de côté ici les vomiques provoquées artificiellement par la ponction, par l'intervention sanglante, pour nous occuper exclusivement de *la vomique hydatique spontanée*.

Prodromes de la vomique. — Existe-t-il des prodromes de la rupture intra-bronchique?

Dans la plupart des cas, la vomique hydatique a été précédée, à plus ou moins longue échéance, de

troubles et d'accidents divers (dyspnée, toux, pleurodynie, hémoptysies, etc.) qui ne représentent, en somme, que les symptômes de la maladie. Sans doute, quelques-uns de ces accidents indiquent le voisinage du kyste avec l'arbre bronchique et traduisent souvent le processus ulcératif qui aboutira tôt ou tard à l'effraction bronchique ; mais il ne s'agit pas là de *prodromes* à proprement parler : ce nom doit être réservé aux symptômes qui précèdent immédiatement et permettent, jusqu'à un certain point, de prévoir la rupture.

On indique généralement comme tels la recrudescence de la toux et de la dyspnée, l'apparition de petites hémoptysies dites prémonitoires, de signes de congestion pulmonaire accompagnés de fièvre et parfois de pleurodynie, enfin l'apparition d'une odeur fétide de l'haleine précédant, de quelques heures à un jour ou deux, la vomique. « A ce moment, dit Dieulafoy, le kyste est *fissuré ;* il n'est pas encore ouvert ». Nous retrouvons ces prodrome, nettement indiqués dans quelques-unes de nos observations.

Un de nos malades (obs. II) accusait la veille ou l'avant-veille de ses vomiques une sensation de gêne, de plénitude rétro-sternale, l'empêchant de respirer à fond.

Le petit malade de l'observation III fut pris, la veille de sa vomique, d'un point de côté avec brusque accès de fièvre et odeur fétide de l'haleine.

Cependant Escudero, dont l'expérience ne saurait

être contestée, déclare que « rien ne peut faire présumer l'imminence de la rupture du kyste dans les bronches ». Voici ce qu'il dit des hémoptysies prémonitoires : « On a prétendu que les hémoptysies abondantes et répétées peuvent faire prévoir cette rupture. Nous croyons qu'elles n'ont pas de valeur décisive sur ce point. Très fréquemment les kystes s'ouvrent sans avoir été précédés d'hémoptysie. Nous avons vu, en revanche, des hémoptysies très abondantes et suivies, dans des kystes qui demeurèrent intacts jusqu'au moment de l'intervention ». Cette argumentation ne nous paraît pas décisive. Que des kystes se rompent sans hémoptysie préalable, que des hémoptysies se voient sans vomique au cours de l'évolution des kystes du poumon, cela ne prouve pas qu'on ne puisse voir une hémoptysie précéder immédiatement et annoncer la vomique. Le fait s'est produit, par exemple, dans nos observations XIX et XXVIII.

Quoi qu'il en soit, il semble bien qu'il faille séparer nettement, à cet égard, les kystes suppurés (ou tout au moins infectés) des kystes stériles. Si pour les premiers, comme pour toutes les collections purulentes s'ouvrant dans les bronches, on peut noter des signes avant-coureurs de la rupture, pour les seconds, la rupture kystique n'est souvent précédée d'aucun avertissement et la vomique éclate « comme un coup de foudre dans un ciel serein ».

La vomique. — La vomique hydatique se présente sous des formes cliniques différentes, suivant l'abondance et la nature du contenu kystique évacué, et nous allons décrire successivement la grande vomique, la vomique fractionnée et l'expectoration hydatique.

La grande vomique hydatique. — Cette forme solennelle et dramatique a été décrite par tous les cliniciens, en particulier par Trousseau et Dieulafoy. Nous n'en reprendrons pas la description. Nous nous bornerons à emprunter à P. Escudero le tableau bien vivant qu'il en a donné dans son récent ouvrage : « Le malade, dans un accès de toux, commence à rendre du liquide en abondance au milieu d'un tableau alarmant où sa vie paraît en danger : il se cyanose, s'étouffe, se désespère, tousse incessamment, lançant le liquide par la bouche et les narines ; il se dresse sur son lit, s'incline en avant pour favoriser l'évacuation du liquide hydatique. Ce premier moment passé, le malade se calme ; il continue à rejeter des gorgées de liquide à chaque quinte de toux ; parfois un lambeau de membrane est expulsé après de grands efforts prolongés ».

Escudero ajoute très justement : « Cet épisode se grave si profondément dans l'esprit du malade et de sa famille, qu'une fois le médecin arrivé, on le lui décrit de telle façon que le diagnostic se fait tout seul ».

Il s'agissait là de la vomique limpide. La vomique

suppurée, d'ailleurs beaucoup plus rare dans cette forme, n'en diffère que par le rejet d'un flot de liquide purulent, le plus souvent fétide.

Ajoutons que le rejet de lambeaux de membrane, parfois volumineux, est, avec l'inondation bronchique, le moment le plus dramatique de ce tableau. On s'étonne souvent de voir les dimensions des membranes enroulées qui peuvent passer par la fistule kysto-bronchique, cheminer dans l'arbre aérien, remonter la trachée et traverser le sphincter laryngien : il y a à ce moment une minute d'asphyxie angoissante. Les malades arrachent souvent, avec leurs doigts, les membranes obstruant le carrefour pharyngien (obs. I).

La vomique hydatique fractionnée. — Cette seconde forme est moins dramatique ; elle reste cependant impressionnante. Bien qu'il puisse s'agir, ici encore, d'une vomique limpide, moins abondante que la précédente, c'est plus souvent à une vomique vésiculaire qu'on a affaire : le malade rejette en plusieurs fois des débris de membrane, plus rarement des hydatides affaissées, en « grains de raisin sucés », presque toujours accompagnés de pus mal odorant. Les phénomènes asphyxiques sont moins importants que dans la forme précédente.

L'expectoration hydatique. — Dieulafoy a bien indiqué cette modalité particulière de la vomique hydatique : « Dans bien des cas, dit-il, la vomique n'éclate pas avec ses grands symptômes caractéris-

tiques et rien alors ne met sur la voie du diagnostic ; les malades se croient le plus souvent atteints de bronchite, ils racontent que pendant huit jours, pendant quinze jours, ou depuis longtemps, ils ont rejeté des crachats muco-purulents ou sanguinolents ; ils ne parlent en rien des lambeaux d'hydatides qui peuvent être passés inaperçus ». Delgrange avait déjà signalé dans sa thèse cette forme « sournoise » de la vomique.

Escudero a insisté à son tour sur l' « expectoration hydatique » peu bruyante, qui « passe inaperçue du malade et même du médecin s'il ne la cherche avec soin ». En ce cas « la rupture du kyste ayant été incomplète, l'évacuation se fait sans vomique, par expectoration : un jour le malade constate que l'expectoration, jusqu'alors difficile et muqueuse, devient facile et liquide, qu'il rend dans les vingt-quatre heures un demi-crachoir à un crachoir de liquide salé, fluide. Plus tard, le kyste s'étant infecté, l'expectoration change : elle devient trouble, puis purulente ; la fièvre s'allume, et, si l'on examine le malade, on constate la présence d'une caverne hydatique, bien qu'il n'y ait pas eu de vomique ».

Signes concomitants. — La symptomatologie qui précède appartient en propre à la vomique. Les signes que nous allons étudier maintenant sont ceux de la cavité kystique ouverte dans les bronches. Ils sont avant tout d'ordre physique.

On doit immédiatement séparer les faits cliniques

en deux groupes, répondant aux deux grands types anatomiques de kystes que nous avons distingués : les kystes centraux et les kystes corticaux.

α) *Kystes centraux.* — Comme il est aisé de le prévoir, *les signes sont généralement beaucoup moins importants* chez les premiers que chez les seconds. Il y a à cela une triple raison. C'est d'abord que la cavité pulmonaire est *située profondément,* loin du doigt percuteur et loin de l'oreille ; c'est ensuite que le kyste est souvent *de dimensions restreintes ;* c'est enfin que la poche s'affaissant rapidement et *s'adaptant à son contenu* (grâce à la malléabilité du parenchyme pulmonaire), il n'y a souvent *pas de cavité* à proprement parler, nous voulons dire *pas d'espace vide* où l'air puisse brasser les mucosités et les liquides kystiques.

Dans la règle, cependant, après la vomique, on perçoit facilement, en un point du thorax, *des signes cavitaires :* souffle caverneux, avec retentissement caverneux de la toux et de la voix et gargouillements. L'auscultation est souvent presque seule à donner des renseignements : la zone de submatité circonscrite que révèle la percussion est généralement due aux phénomènes pulmonaires réactionnels périkystiques (congestion, hépatisation bâtarde).

L'exploration radioscopique peut, par contre, fournir dans certains cas des renseignements précis, en révélant au centre d'une zone obscure une zone un peu plus claire, traduisant la caverne (Tuffier).

Mais il ne faudrait pas toujours compter sur cet aspect : le cliché radiographique ou l'écran fluorescent ne montrent fréquemment qu'une zone sombre à contours diffus. En sorte que, très souvent, l'auscultation fournit, en définitive, les données les plus précises, en révélant des signes cavitaires en un point parfois très circonscrit et souvent seulement *à la toux*.

β) *Kystes corticaux.* — Ici, on a affaire à des kystes superficiels, à des poches généralement volumineuses, occupant souvent tout un lobe du poumon, la moitié supérieure ou la moitié inférieure du thorax. Aussi, constate-t-on habituellement, en pareil cas, une symptomatologie stéthoscopique très complète.

Faisons remarquer, tout d'abord, que, dans nombre de cas, on a été amené à constater, antérieurement à la vomique, des signes de collection liquide dans la région correspondante : voussure, matité hydrique, abolition du murmure et des vibrations, signe du sou, ombre radioscopique opaque à contours régulièrement sphériques. Tous ces signes pseudo-pleurétiques se sont trouvés brusquement modifiés après l'évacuation plus ou moins complète de la poche dans les bronches.

Presque toujours alors on observe, au niveau de la poche kystique évacuée, des « bruits hydro-aériques donnant au complet la symptomatologie physique de l'hydro ou pyo-pneumothorax ». M. Dévé a proposé, pour les faits de ce genre, le terme de

hydro ou *pyo-pneumokyste hydatique du poumon.*

L'expression a été critiquée à tort par Escudero. Partant d'une définition vicieuse — car il désigne sous la dénomination de « kyste » la vésicule et non son adventice — l'auteur argentin s'est figuré que « pyo-pneumokyste » voulait signifier que l'air s'épanchait dans la cavité de *la vésicule-mère elle-même*, alors que M. Dévé avait précisément pris soin de substituer le terme « pyo-pneumokyste » à celui de « pyo-pneumohydatide » proposé par Gilbert et E. Weil. « Il s'agit en réalité, déclare ensuite Escudero, de cavernes pulmonaires d'origine kystique ». Sans doute, il s'agit de « cavernes pulmonaires d'origine kystique », mais *de cavernes hydatiques de grandes dimensions, donnant lieu à des signes hydro-aériques simulant le pyo-pneumothorax.* Or, toutes les cavernes hydatiques ne répondent pas à cette caractéristique.

Quoi qu'en dise Escudero, pour lequel les faits en question « n'autorisent en aucune façon à créer une forme clinique d'hydatidose pulmonaire », nous pensons qu'il y a parfaitement lieu de conserver le type clinique très précis sur lequel M. Dévé a appelé l'attention et qu'il a, avec raison, opposé au *pyo-pneumothorax hydatique.*

Les signes stéthoscopiques observés en semblable circonstance sont les suivants : sonorité tympanique ou skodique, parfois bruit de pot fêlé, matité mobile avec l'attitude du malade, souffle amphorique, tintement métallique, bruit d'airain, bruit de flot à la

succussion hippocratique. L'examen radioscopique montre une cavité plus ou moins régulièrement arrondie dans la partie déclive de laquelle existe une ombre qui se déplace avec les mouvements du malade et qui est due à un épanchement liquide intra-kystique.

L'opposition que nous venons d'établir entre les deux types cliniques précédents est forcément un peu schématique. Il existe des cas intermédiaires, représentés par certains *kystes centraux volumineux* qui deviennent le siège de signes hydro-aériques décelables cliniquement et parfaitement visibles à l'écran radioscopique. Il est beaucoup plus exceptionnel d'observer de *petits kystes corticaux* s'ouvrant dans les bronches et ne se traduisant pas par des signes cavitaires nets.

Un point sur lequel nous tenons à revenir, c'est qu'un kyste ayant fait effraction dans une bronche et ayant évacué une partie de son contenu au dehors peut ne donner lieu à *aucun signe cavitaire* parce qu'il continue de constituer une *masse pleine*. En pareil cas, les signes stéthoscopiques sont réduits au minimum et liés aux seules lésions réactionnelles du poumon. L'exploration radioscopique est alors seule à pouvoir fournir des renseignements au clinicien.

Il n'est pas nécessaire d'insister ici sur les symptômes fonctionnels (toux, dyspnée, hémoptysie) et généraux (fièvre, sueurs, anémie, amaigrissement) qui peuvent succéder à l'ouverture des kystes dans les bronches. Ils sont liés à l'existence plus ou moins durable d'une cavité suppurante intrapulmonaire.

VI

ÉVOLUTION DES KYSTES PULMONAIRES

OUVERTS DANS LES BRONCHES

L'évolution des kystes pulmonaires ouverts dans les bronches est très variable. Elle est, en effet, soumise à de multiples conditions : volume du kyste, contenu aseptique ou suppuré, taille des débris membraneux, calibre et déclivité de l'orifice de communication kysto-bronchique, plasticité du parenchyme pulmonaire ambiant, symphyse pleurale, etc.

Nous décrirons *trois modalités évolutives* principales :

A. — Vomique unique suivie de guérison rapide.

B. — Vomiques à répétition donnant lieu à une guérison lente.

C. — Vomique suivie d'accidents septiques aboutissant à la cachexie.

A. — Vomique unique suivie de guérison rapide

Le schéma de cette évolution est le suivant :

Le malade est pris d'une vomique solennelle, limpide ou suppurée, accompagnée ou non d'hémopty-

sie, et dans laquelle il rejette une quantité plus ou moins abondante de membranes. Le rejet de débris hydatiques peut se faire en plusieurs fois, il se renouvelle parfois plusieurs jours de suite pour cesser définitivement après une dernière expulsion de membranes. (On voit que par « vomique unique » nous entendons parler de l'évacuation du kyste *en une seule crise*, laquelle peut durer *parfois plusieurs jours*). A la suite du rejet des débris parasitaires, le malade se sent soulagé : il présente parfois un peu de fièvre ; la plupart du temps, il expectore pendant plusieurs jours des crachats purulents, fétides et plus ou moins teintés de sang altéré. Mais la fièvre ne tarde pas à tomber, l'expectoration diminue rapidement, l'appétit revient et le malade peut reprendre ses occupations : la guérison est définitive.

Parfois la convalescence est un peu plus lente à s'accuser, du fait de la répétition des rejets de membranes et de la persistance plus longue de l'expectoration fétide, accompagnée d'incidents pulmonaires (congestion pulmonaire, broncho-pneumonie) sur lesquels nous reviendrons plus loin ; la guérison n'en survient pas moins *sans nouvelle vomique*.

B. — Vomiques hydatiques a répétition aboutissant a la guérison lente

Bien que des faits de cet ordre aient été déjà anciennement signalés, peut-être n'a-t-on pas suffisamment insisté sur leur intérêt et leur fréquence. La vieille observation de Husson constitue un exemple typique et intéressant de cette évolution particulière. Nous la reproduirons ici :

M. Husson montre des membranes rejetées par expectoration, et dans lesquelles on retrouve tous les caractères de débris d'hydatides.

C'est la douzième ou quinzième expectoration semblable, chaque fois accompagnée d'une hémoptysie abondante (de 60 à 80 gr.).

Chez le jeune homme qui est le sujet de cette observation, l'auscultation ne fournit qne des signes négatifs, hormis les époques des hémoptysies où l'on entend des râles muqueux au sommet des poumons. Ces accidents ne paraissent avoir eu aucune suite fâcheuse sur la nutrition et le développement physique (1).

Chachereau, dont l'auto-observation est classique, eut de même quinze expulsions d'hydatides, en l'espace d'une année.

Parmi nos observations inédites, plusieurs sont

---

1. Husson, *Société anatomique*, 1840, p. 172.

tout aussi typiques. La malade de l'observation XIX eut des rejets d'hydatides durant quatre ans. Celle de l'observation XXI présentait plusieurs rejets de membranes tous les ans ; dans l'intervalle elle ne toussait ni n'expectorait. Plusieurs autres malades, sans avoir de vomiques aussi répétées, ont présenté *des rejets de membranes à longue échéance, avec bon état général dans l'intervalle.*

Dieulafoy admet que, dans la règle, « la première vomique est la plus violente ; les autres vomiques sont plutôt une expectoration purulente avec rejet de lambeaux de membranes ». Cette règle comporte des exceptions, comme le montrent nos observations I, XVI et XIX.

La modalité évolutive en question est intéressante à retenir. Elle montre que, lors même que le malade paraît avoir définitivement évacué son kyste, il y a lieu de contrôler à l'écran radioscopique s'il ne reste pas un résidu hydatique.

C. — Vomique suivie d'accidents septiques aboutissant a la cachexie

Cette marche défavorable, considérée par la plupart des auteurs modernes comme l'évolution habituelle « presque fatale » (Tuffier et Martin) de l'échinococcose pulmonaire abandonnée à son évolution naturelle, était celle qu'on observait fréquemment autrefois dans les volumineux kystes du pou-

mon qui suppuraient après ponction. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la description qu'en a donnée Dieulafoy : « La rupture du kyste dans les bronches est parfois un mode de guérison, mais souvent aussi le clapier pulmonaire, véritable lieu d'infection, devient une source intarissable d'expectoration purulente et d'hémoptysies. Le malade continue à rendre des membranes, des crachats abondants, purulents et fétides, la fièvre survient avec le cortège des accidents septiques, diarrhée, perte d'appétit, amaigrissement, sueurs ; alors se déclare une véritable phtisie hydatique, provoquée par les infections secondaires. La *tuberculose* peut également se développer à titre d'infection secondaire ».

Nous allons retrouver les raisons de cette évolution fâcheuse en passant en revue les nombreuses complications de la vomique hydatique.

VII

COMPLICATIONS

Les complications de la vomique hydatique pulmonaire sont de divers ordres. Envisagées du point de vue pathogénique, elles pourraient être divisées en : *mécaniques* (asphyxie, congestion et œdème *ex vacuo*, hémorragies, pneumo-thorax), *infectieuses* (broncho-pneumonies, hépatisations bâtardes, gangrène pulmonaire, tuberculose pulmonaire, pleurésies purulentes, septicémie chronique), et *spécifiques* (intoxication hydatique, échinococcose secondaire). Nous les considérerons au point de vue clinique et les diviserons en : *immédiates* (asphyxie, intoxication hydatique), *précoces* (broncho-pneumonies, hémoptysies, etc.) et *tardives* (sclérose pulmonaire, tuberculose, échinococcose secondaire).

A. — Complications immédiates

L'asphysie mécanique liée à l'inondation des bronches par le liquide hydatique ou le pus, ou à l'obstruction de la trachée ou du larynx par de volu-

mineux débris hydatiques, est *rare* en cas de *vomique spontanée :* on n'en connaît que quelques observations (cas de Woillez, de Paget).

L'hémoptysie abondante, alarmante est, par contre, d'observation très fréquente ; on en trouvera plusieurs exemples dans nos observations inédites (obs. XIV, XVII, XVIII). Mais il est rare qu'elle soit profuse au point de devenir mortelle : la littérature en renferme cependant quelques exemples : cas de Pillon, Waldayer, Behr. Dans leur récent rapport (1910), Cranwell et Vegas font allusion à un nouveau cas de ce genre.

Il faut réserver ici une place à *l'intoxication hydatique* qui, dans sa forme grave, se traduit par une symptomatologie des plus alarmantes (dyspnée, état syncopal, collapsus, œdème pulmonaire), tandis qu'elle se résume à peu près uniquement dans l'urticaire, dans sa forme bénigne. L'intoxication hydatique mortelle est exceptionnelle dans les *vomiques spontanées* (nous tenons à rappeler que nous laissons de côté ici les grandes vomiques limpides provoquées par les ponctions). Il est très probable qu'une part importante revient à la toxicité hydatique dans les accidents longtemps attribués à la seule inondation mécanique des bronches, et, d'autre part, dans les accidents d'œdème et de congestion pulmonaire qu'on a, jusqu'à une époque récente, considérés comme phénomènes de décompression pulmonaire (congestion *ex vacuo*).

B. — Complications précoces

Parmi les complications prochaines, précoces, nous énumérerons la série des complications infectieuses broncho-pleuro-pulmonaires, dont la fréquence est grande et qui font, on peut le dire, presque toute la gravité de la vomique : congestions bâtardes, broncho-pneumonie, bronchite fétide, plus rarement gangrène pulmonaire, pleurésies purulentes.

Quant au pneumo-thorax, contrairement à l'opinion habituelle, M. Dévé pense qu'il succède rarement à la vomique. Fréquemment les signes hydro-aériques consécutifs à la vomique se passent, non dans la plèvre (*pyo-pneumothorax hydatique*), mais dans le kyste lui-même (*pyo-pneumo-kyste hydatique*).

C. — Complications tardives

Nous ne nous appesantirons pas sur les accidents liés à la *septicémie chronique* provoquée et entretenue par une suppuration kystique intarissable. Ils minent l'organisme et aboutissent à une cachexie particulière, à une *phtisie hydatique*, complètement indépendante d'une tuberculose surajoutée. Outre la fièvre hectique, la diarrhée, la dégénérescence amyloïde du foie, des reins, on y observe parfois l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (comme dans une observation de Lemaire, obs. VI).

Nous nous arrêterons un peu plus longuement à deux complications sur lesquelles Escudero a récemment insisté : la sclérose pulmonaire et la tuberculose.

Hearn, étudiant l'état du parenchyme pulmonaire voisin du kyste, avait déjà indiqué que « assez fréquemment son tissu est induré ; il existe une véritable *pneumonie interstitielle* ou *sclérose* ». Escudero a bien montré que « les scléroses pleurales sont beaucoup plus fréquentes et plus importantes que les scléroses pulmonaires isolées *qui atteignent rarement un degré requérant l'attention du clinicien* ». Il admet, toutefois, que « si les scléroses pleuro-pulmonaires n'ont pas d'importance comme extension et comme pronostic dans les hydatides fermées, il n'en est pas de même dans celles ouvertes par vomique et où il n'y a pas eu d'intervention ». En réalité, le processus scléreux n'acquiert jamais, en matière de kyste hydatique, l'importance qu'il présente souvent dans la tuberculose, parce qu'il n'a ici *aucune tendance progressive :* sitôt la caverne affaissée et cicatrisée, il cesse de s'étendre et entre en régression.

Les relations qui existent entre les kystes du poumon et la *tuberculose pulmonaire* avaient déjà été mentionnées par Hearn : « Dans plusieurs observations, on a trouvé à l'autopsie des tubercules dans le tissu pulmonaire ; cependant, cette coïncidence, loin d'être la règle, est presque l'exception ». En pareils cas, « on peut se demander quelle est la lésion originelle ». Hearn arrivait à cette conclusion « que, chez les individus prédisposés, la présence du kyste dans

le poumon, l'irritation qu'il entraîne, les bronchites chroniques qu'il engendre, favorisent l'explosion des tubercules ». Dieulafoy, nous l'avons vu, avait signalé également la tuberculose pulmonaire survenant à titre d'infection secondaire dans les cas de cavernes hydatiques.

Mais, c'est surtout Escudero qui a insisté sur cette « tuberculose survenant chez des malades porteurs de kystes ouverts par vomique dans les bronches » : elle représente une des formes de ce qu'il a appelé l'*hydatico-tuberculose*. Trois conditions favorisent, selon lui, l'éclosion de la tuberculose. Il faut : 1° que le kyste ouvert soit petit ; car les grandes cavités kystiques, se vidant mal, enlèvent le malade de bonne heure par complication pulmonaire ou par septicémie ; 2° que l'épuisement de la cavité se produise tard ou ne se produise pas ; 3° que le malade se trouve dans des conditions d'infériorité organique. Escudero accorde, d'ailleurs, que la tuberculose peut être indépendante de l'échinococcose, qu'elle peut coexister avec elle ou même la précéder. Quoi qu'il en soit, l'auteur argentin estime (p. 262) que les porteurs de cavernes pulmonaires non opérées « sont condamnés, *dans une proportion désespérante*, à mourir de tuberculose pulmonaire ou de cachexie ». Nous aurons à discuter, dans la seconde partie de notre travail, si cette opinion pessimiste répond à la réalité des faits.

Un dernier ordre de complications tardives nous reste à envisager : il a trait soit à la *récidive hyda-*

tique soit à l'*échinococcose secondaire du poumon.*

Il existe un certain nombre d'observations dans lesquelles des malades, guéris en apparence après une première vomique, ont vu une nouvelle vomique hydatique se produire à longue échéance, plusieurs années plus tard, et provenir, selon toute apparence, de l'ancien foyer. Escudero, rapportant un fait de ce genre, l'a interprété de la façon suivante : « La vomique de vésicules filles une fois produite, une de ces vésicules est restée dans la cavité pulmonaire et s'y est lentement développée, constituant ainsi ce qu'on appelé improprement la *récidive hydatique* ». A-t-on affaire, en pareils cas, à une « récidive » véritable ? Il est bien probable que le plus souvent il s'agit simplement d'une *évacuation incomplète* du kyste rompu. Cependant, il est fort possible que les éléments hydatiques restés dans la poche s'y soient maintenus vivants, en dépit d'un certain degré d'infection, et, qu'ils aient poursuivi localement leur évolution.

Très différent est le processus qui préside au second groupe de faits. M. Dévé a démontré par l'expérimentation que l'ensemencement de sable hydatique dans la trachée du lapin permet d'obtenir constamment des kystes échinococciques du poumon. « Cette donnée expérimentale intéresse la pathologie humaine, faisait-il remarquer en communiquant les expériences en question à la Société de Biologie (juillet 1904). Il n'est pas exceptionnel, en effet, que des kystes hydatiques non suppurés du poumon se

rompent dans les bronches. Bien que grave, du fait des accidents asphyxiques et toxiques suraigus qu'elle détermine fréquemment, la brusque vomique du liquide limpide n'est pas nécessairement suivie de mort. On conçoit, dès lors, que le sable échinococcique répandu dans le système bronchique avec le liquide d'un tel kyste rompu en pleine vitalité, puisse, par inoculation broncho-pulmonaire rétrograde, donner naissance à de nouveaux kystes du poumon ».

Expérimentalement démontrée, cette *échinococcose secondaire du poumon, d'origine bronchique*, paraît être *pratiquement exceptionnelle*. Nous ignorons sur quels faits a pu se baser Escudero, lorsqu'il écrit (p. 263) : « L'hydatidose secondaire contribue encore à obscurcir le pronostic. Elle apparaît comme complication des kystes ouverts par vomique, chez les malades qui ont guéri spontanément de leur premier kyste ». Nous ne connaissons guère qu'une observation où ce processus pathogénique ait pu intervenir : c'est celle de Calvert. Encore n'est-elle pas absolument probante, car la présence d'un kyste hydatique, au niveau du ventricule droit du cœur, oblige à envisager, dans ce cas, l'hypothèse, très plausible, d'une échinococcose secondaire *embolique* du poumon. En définitive, l'éventualité, dont il s'agit, est tout à fait rare, en clinique humaine.

VIII

DIAGNOSTIC

Le *diagnostic positif* de la vomique hydatique est généralement aisé.

Objectivement, l'expectoration hydatique peut se présenter sous trois formes : expectoration limpide, expectoration suppurée, expectoration membraneuse ou vésiculaire, auxquelles il convient de joindre l'expectoration sanglante qui leur est souvent associée.

La brusque irruption dans les voies aériennes d'un flot de liquide limpide et salé, même lorsqu'elle n'est pas accompagnée immédiatement du rejet de débris de membranes, même lorsqu'elle n'est pas suivie d'urticaire, est tellement spéciale, elle s'accompagne d'un appareil symptomatique si solennel qu'elle ne peut guère passer inaperçue et n'être pas immédiatement reconnue.

De même le rejet de lambeaux de membranes recroquevillées et enroulées ou de vésicules affaissées en « grains de raisin sucés », survenant au milieu de violents accès de toux et de suffocation et accom-

pagnés d'expectoration d'un pus plus ou moins fétide ou d'une hémoptysie plus ou moins importante, constitue un syndrome si caractéristique qu'il fixe immédiatement le diagnostic.

La seule affection avec laquelle on pourrait confondre ce complexus symptomatique est la *bronchite pseudo-membraneuse ;* mais ici on a affaire à des *moules bronchiques* et non à des « membranes ». Il suffit de faire flotter dans l'eau ces masses d'un blanc laiteux pour reconnaître aussitôt leurs ramifications et leur « chevelu » si particulier. Le *microscope* viendrait lever tous les doutes, s'il pouvait en rester, en montrant, en cas de kyste hydatique, la structure hyaline, réfringente et *stratifiée* « en feuillets de livre » des débris cuticulaires échinococciques. Il révélera généralement, en outre, la présence de *crochets* isolés, pathognomoniques (plus rarement il montrera des scolex entiers, plus ou moins altérés).

Le diagnostic clinique de la vomique hydatique n'offrira pas de difficultés dans des cas aussi nettement caractérisés. Il n'en sera plus de même quand le kyste s'évacuera de façon insidieuse par vomiques fractionnées. L'examen microscopique de l'expectoration suspecte sera alors nécessaire et apportera la *certitude* en faisant reconnaître, au milieu du pus, quelque élément caractéristique (fragments cuticulaires stratifiés, crochets). Encore faut-il rappeler que cet examen devra souvent être pratiqué à diverses reprises avant d'amener la découverte d'un ou deux crochets.

Jusqu'à une époque relativement toute récente, cette recherche était seule à pouvoir trancher le diagnostic clinique hésitant, car l'examen stéthoscopique de la poitrine est insuffisant par lui-même à distinguer les signes d'un kyste évacué par vomique et généralement compliqué d'accidents pulmonaires, d'une série d'affections pleuro-pulmonaires (broncho-pneumonie, gangrène, tuberculose pulmonaire, syphilis pulmonaire, pleurésie enkystée, etc.) A l'heure actuelle, deux procédés de diagnostic apporteront, en l'espèce, des renseignements précieux : *l'examen radioscopique* et *la réaction de fixation du complément* (Apphatie, Lorenz, Weinberg) (1).

Ces deux modes d'exploration sont d'un usage aujourd'hui si courant, qu'ils nous dispenseront de nous étendre sur le *diagnostic différentiel des vomiques et cavernes hydatiques* avec les abcès du poumon, la gangrène pulmonaire, les cavernes tuberculeuses, les bronchectasies, les pleurésies purulentes, les abcès du foie, les abcès sous-phréniques, etc. Aussi bien, est-ce là un chapitre classique qu'on trouve ressassé dans tous les livres et dans tous les manuels.

Plus intéressant à envisager est le diagnostic de *l'origine pulmonaire de la vomique hydatique.*

La distinction entre un kyste hydatique de la convexité du foie ouvert dans les bronches et un kyste pulmonaire évacué par vomique, est souvent

---

1. D'une valeur beaucoup moindre sont le *précipito-diagnostic* de Fleig et Lisbonne, et *l'éosinophilie sanguine.* Nous les laisserons de côté.

très ardue cliniquement, d'autant plus que le kyste hépatique peut, en pareil cas, présenter des signes hydro-aériques : ce sont des faits que M. Dévé a bien étudiés dans un mémoire de la *Revue de Chirurgie* (1). Dieulafoy, dans ses *Leçons cliniques,* a longuement insisté sur les signes différentiels : augmentation du volume du foie, abaissement de son bord inférieur, voussure de l'hypocondre droit, surtout expectoration biliaire. Mais c'est à la *radioscopie* qu'il faudra aujourd'hui demander la clef du diagnostic.

Il en sera de même dans les cas, d'ailleurs exceptionnels, dans lesquels un kyste de la rate, du rein, s'ouvriraient à travers le diaphragme. De même encore le diagnostic, parfois cliniquement si délicat, entre un pyo-pneumo-kyste hydatique du poumon et un pyo-pneumo-thorax hydatique s'éclairera singulièrement par la radiographie. L'écran radioscopique montrera, dans le premier cas, une collection liquide, mobile dans une cavité kystique sphérique, dans le second cas une collection libre dans la cavité pleurale générale, le poumon apparaissant rétracté contre le médiastin.

Le *siège de la caverne hydatique* pulmonaire sera ordinairement facile à déterminer de par le seul examen clinique, lorsqu'on aura affaire à un kyste cortical ; mais il deviendra infiniment plus difficile et

---

1. F. Dévé, *Des kystes hydatiques gazeux du foie* (*Revue de Chirurgie*, avril, mai, juin 1907).

souvent même impossible à préciser par la seule auscultation dans les cas de kystes centraux. Là encore, la radioscopie qui « fouille le poumon dans un champ plus étendu et avec plus de précision que l'oreille » (Tuffier et Martin) sera d'un précieux secours pour le clinicien, en révélant une ombre caractéristique. Pratiquée méthodiquement dans diverses positions, elle fournit une série d'images qui « se corrigent et se complètent mutuellement » (Béclère). Toutefois, Tuffier et Martin ont fait remarquer que, en cas de caverne hydatique centrale évacuée, les résultats de la radioscopie sont assez souvent « irréguliers et peu significatifs ».

Le diagnostic du siège de la caverne hydatique offre une grande importance au point de vue du pronostic et de la décision opératoire à prendre. Non moins importante à cet égard est la connaissance des *dimensions de la poche*. Il n'est pas contestable que les rayons X apporteront sur ce point plus de précision que l'examen clinique. Néanmoins, nous tenons à insister sur l'importante cause d'erreur qu'entraînent les phénomènes congestifs pulmonaires surajoutés (pneumonie bâtarde péri-kystique). Ceux-ci, donnant lieu à une ombre étendue, peuvent faire penser à un kyste de taille relativement importante et provoquer une opération inutile, comme le fait s'est plusieurs fois produit. Mais il faut dire qu'en pareil cas l'ombre est *moins opaque*, *à contours plus irréguliers et plus flous*, que lors de cavité kystique pleine. On constate parfois aussi, rayonnant autour

de la zone opaque, les bandes sombres qui traduisent l'existence de lésions de sclérose pulmonaire (Béclère).

Ajoutons, en terminant, que l'exploration radioscopique aura l'avantage de faire découvrir parfois d'autres kystes pulmonaires restés jusque-là silencieux et latents. Nous avons personnellement observé, il y a quelques mois, en compagnie de M. Méret et de M. Dévé, un malade atteint de kyste du foie chez lequel l'écran radioscopique a révélé l'existence inattendue de *quatre* kystes pulmonaires. Ces kystes tous centraux, dont le volume allait d'un abricot à une mandarine, n'avaient manifesté jusque-là leur présence par aucun signe fonctionnel et ils n'étaient décelables par aucun symptôme stéthoscopique.

PRONOSTIC

Nous venons de voir que la vomique hydatique pulmonaire aboutit, suivant les cas, à la guérison spontanée ou à des complications pouvant entraîner plus ou moins rapidement la mort.

Dans quelles proportions surviennent les deux alternatives, quelle est la fréquence relative des guérisons et des accidents, en d'autres termes, *quelle est la valeur curative de la vomique ?*

C'est ce que nous allons envisager et discuter dans la seconde partie de notre travail.

DEUXIÈME PARTIE

VALEUR CURATIVE DE LA VOMIQUE

HYDATIQUE PULMONAIRE

L'évolution des idées médicales, en matière de traitement des kystes hydatiques du poumon, a suivi les progrès réalisés par la chirurgie pulmonaire.

Le traitement médical et la ponction régnaient encore en maîtres, il y a seulement une vingtaine d'années. Aujourd'hui, grâce à une technique chaque jour mieux réglée et perfectionnée, les pleuro-pneumotomies ont perdu leur gravité initiale et le traitement chirurgical des kystes du poumon a pris la première place.

C'est ainsi qu'il est à peu près unanimement admis, à l'heure actuelle, qu'on ne doit pas, en présence d'un gros kyste hydatique reconnu, attendre l'apparition des complications *et, parmi elles, de la rupture du kyste dans les bronches*, pour intervenir chirurgicalement. Il n'est pas douteux, en effet, que

les suites opératoires ne soient, dans la règle, plus simples et favorables en cas de kyste fermé (même lorsque la poche n'est pas bactériologiquement aseptique), que lors de kystes ouverts plus ou moins anciennement infectés (1).

Mais nous rappelons que nous n'avons pas à étudier ici le traitement des kystes hydatiques du poumon en général, ni à faire, après tant d'autres, le procès justifié de la ponction. Les cas que nous avons seuls en vue sont *ceux où le kyste pulmonaire s'est spontanément rompu dans les bronches, en donnant lieu à une vomique hydatique.* Au demeurant, ces cas sont, de beaucoup, ceux que le clinicien a le plus souvent l'occasion de rencontrer, car, en pratique, le kyste hydatique du poumon n'est habituellement reconnu qu'après la vomique *révélatrice.*

Ce que nous allons donc avoir à discuter maintenant, c'est la valeur curative de la vomique hydatique spontanée.

Historique. — Avant d'entrer dans la discussion des opinions exprimées à une époque toute récente sur ce sujet, il n'est pas sans intérêt de rappeler les appréciations émises dans ces trente ou quarante dernières années.

1. Toutefois, il est sur ce point une réserve à faire, que Tuffier et Martin eux-mêmes ont tenu à exprimer : elle a trait aux kystes de petite taille, que la radioscopie sera éventuellement susceptible de révéler. « On pourrait, à juste raison, disent Tuffier et Martin, taxer de témérité excessive ceux qui, à travers une épaisse couche de tissu pulmonaire, voudraient aller chercher un parasite petit dont la présence ne constitue aucun danger immédiat ».

On sait que Trousseau était, en cette matière, partisan résolu de l'expectation. Il n'en pouvait guère être autrement à l'époque où il avait professé sa célèbre leçon clinique (1862). « En général, disait-il, le plus sage est de s'abstenir et de rester spectateur attentif des efforts de la nature ». Le traitement se bornait à essayer de modérer les accidents inflammatoires et à soutenir les forces du malade.

Dans sa thèse, Hearn (1875), envisageant la règle de conduite à tenir lorsque le kyste s'est ouvert dans les bronches, arrivait aux conclusions suivantes : « Si le kyste s'est déjà ouvert dans les bronches, il conviendra d'abandonner les choses à elles-mêmes si elles se passent d'une façon convenable ; mais, si le malade s'affaiblit, s'il est tourmenté par les quintes de toux, épuisé par la suppuration, il faut agir comme on le ferait pour une collection purulente et pratiquer une large ouverture aux parois thoraciques ; il faut, en un mot, avoir recours à l'opération de l'empyème ».

Pour Ewald (1880) « le pronostic des kystes hydatiques du poumon est presque toujours mortel, même pour les cas dans lesquels le contenu du kyste est rejeté par l'expectoration ».

H. Truc (1885), dans sa thèse sur la chirurgie du poumon dans les affections non traumatiques, fait une des premières études d'ensemble de la pneumotomie. La mortalité de cette opération est, à ce moment, très élevée, et l'auteur, reconnaissant le nombre de guérisons survenues spontanément après

élimination par les bronches ou obtenues après une simple ponction, considère la pneumotomie comme seulement applicable dans des cas particuliers et après insuccès de moyens plus inoffensifs.

Sans préciser davantage, Casabianca (1889) constate que « malgré toutes ces complications, la guérison définitive de l'hydatide pulmonaire est une terminaison encore assez fréquente ».

A. Bezou (1893) est le premier à conseiller fermement l'intervention. « Le seul traitement qui convienne aux kystes hydatiques du poumon est l'incision chirurgicale qui donne de beaucoup les meilleurs résultats ». Il reconnaît cependant au traitement médical un pronostic meilleur lorsque le kyste est ouvert dans les bronches et lui accorde 72 o/o de guérisons.

Avec les progrès de la chirurgie augmentent les indications de la pleuro-pneumotomie et tous les auteurs recommandent le traitement chirurgical. Quelques-uns cependant ne consentent pas à l'appliquer à tous les cas. C'est ainsi que Behr (1895) recommande l'expectation pour les petits kystes qui s'ouvrent de façon précoce dans les bronches et sont rapidement expectorés en totalité ; dans les cas de ce genre la guérison spontanée survient assez vite et de façon toute naturelle.

Par contre, nous voyons Pasquier (1899) refuser toute valeur au traitement médical et ne reconnaître aucune contre-indication à la pneumotomie.

En Allemagne, Garré et Sultan écrivent, en 1902 :

« Les dangers que les malades courent du fait de la suppuration secondaire, des hémorragies, de la bronchite fétide, de la perforation dans la plèvre et enfin de l'asphyxie aiguë par inondation de l'arbre respiratoire par le liquide hydatique sont bien plus grands que le risque de l'opération, lequel atteint aujourd'hui tout au plus 10 o/o ». Cette appréciation de Garré et Sultan devait être acceptée par Becker, en 1907. Et cependant la statistique opératoire de cet auteur accusait une mortalité de 30, 7 o/o.

Lemaire déclare dans sa thèse (1903) : « Le pronostic des kystes hydatiques du poumon abandonnés à eux-mêmes n'est pas toujours fatal, mais il est toujours très grave ». Après avoir opposé les beaux résultats du traitement chirurgical, aux chiffres statistiques classiques, peu brillants, concernant le vieux traitement médical, Lemaire écrit cependant : « Si nous nous rapportions seulement à notre statistique (mortalité de 20 o/o), nous serions peut-être moins partisan d'une intervention chirurgicale intransigeante, en songeant à ce que fait la nature à elle seule ».

Opinion chirurgicale moderne. — Voyons maintenant quelle est, à l'heure actuelle, l'opinion des chirurgiens.

En 1907 Picquand écrivait : « *Le traitement chirurgical est indiqué dans tous les cas où le diagnostic de kyste hydatique du poumon a pu être posé ;* en effet, la maladie abandonnée à elle-même ou traitée

par une thérapeutique médicale, uniquement symptomatique, aboutit à une issue fatale dans plus des deux tiers des cas, tandis que le traitement chirurgical donne près de 80 o/o de guérisons ».

Les conclusions de l'étude de Tuffier et Martin (*Revue de Chirurgie* 1910) nous sont déjà connues. Les auteurs estiment que, dans la moitié des cas, l'évolution naturelle des kystes hydatiques du poumon se termine par la mort et que « le plus grand nombre meurent d'hecticité et de complications pulmonaires après ouverture du kyste dans les bronches: ce qui suffit à démontrer *l'extrême gravité de la vomique* ». Ils insistent à plusieurs reprises sur « les dangers de l'expectation et la gravité immédiate ou tardive de la *prétendue vomique curative* ».

Plus récemment encore, Souligoux, dans *le Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet* (1911), tout en reconnaissant qu'on peut voir la guérison survenir après vomique, affirme, lui aussi, la gravité extrême des kystes hydatiques du poumon abandonnés à eux-mêmes, et il leur applique la formule que M. Dévé avait énoncée pour l'échinococcose hépatique : « *Il n'y a pas de traitement médical des kystes hydatiques du poumon* ».

La question a été discutée au IIIe Congrès de la Société internationale de Chirurgie à Bruxelles (1911) et les observations et rapports de MM. Fergusson, Gerulanos et Ribera y Sans sont tous conçus dans le même esprit.

Le professeur Hartmann, envisageant dans un

article tout récent (avril 1912) les indications et résultats du traitement chirurgical des maladies du poumon, déclarait : « Le traitement des kystes hydatiques du poumon par la ponction, suivie ou non d'injection parasiticide doit être rejeté. Les résultats en sont franchement mauvais. *En présence d'un hyste hydatique du poumon, on doit recourir à la pneumotomie,à l'ouverture large* ».

Les différentes opinions que nous venons de rappeler résument bien l'opinion moderne sur le traitement des kystes hydatiques en général, mais elles ne tiennent pas compte des cas particuliers et spécialement de celui qui fait l'objet de notre travail.

Dans sa thèse classique, Guimbellot (1910) envisage le cas où le kyste est rompu dans les bronches. Or, s'il le fait, ce n'est que pour parler des complications possibles : nouvelles vomiques, infection, hémoptysies, etc. Et, sans s'appuyer sur aucune statistique, il conclut : « L'ouverture déjà existante d'un kyste dans les bronches ne constitue donc pas une contre-indication à l'incision large du kyste ».

Tout récemment (1912), A. Schwartz, traitant ce chapitre de la chirurgie du thorax, s'est montré partisan convaincu du *traitement chirurgical systématique*. Quoi qu'il n'ignorât pas les objections qui avaient été faites à cette manière de voir par M. Dévé, il s'en est tenu à l'opinion générale des chirurgiens et, rééditant une fois de plus des chiffres statistiques que nous aurons à discuter tout à l'heure, il a conclu à l'opération toujours nécessaire : « Si le kyste s'est

ouvert dans les bronches et a donné lieu à une vomique, on pourrait être tenté de s'abstenir en escomptant la guérison spontanée par l'évacuation naturelle. Cette guérison spontanée est possible, mais, dans la majorité des cas, nous l'avons vu, *la vomique doit être considérée comme une complication, parce qu'elle conduit à l'infection et à la suppuration du kyste.* Donc, *l'ouverture dans une bronche ne change rien aux indications générales.* Le drainage est insuffisant, *la pneumotomie est tout aussi nécessaire* qu'en cas de kyste fermé ».

Opinion médico-chirurgicale. — La divergence d'opinions entre médecins et chirurgiens a eu l'occasion de s'affirmer, de façon très intéressante, au cours de deux séances de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (18 et 25 novembre 1910).

Cruchet rapportait un cas de kyste hydatique du poumon, observé dans le service du professeur Moussous, dont le diagnostic n'avait été fait qu'après une vomique et qui guérit spontanément. En terminant sa communication, l'auteur s'exprimait ainsi : « Il est à remarquer que la tendance actuelle est d'intervenir le plus tôt possible chirurgicalement. Je crois que c'est là une vue un peu théorique... Dans presque tous les autres cas publiés, le diagnostic ne fut porté qu'à la suite de vomique avec rejet de fausses membranes, c'est-à-dire trop tard pour intervenir. Et la guérison survint presque toujours. Il en fut ainsi, en tous cas, dans les observations de notre

région (Roncaz, Dubreuil et les deux miennes) ».

Mongour, Carles et Verdelet — ce dernier, chirurgien — rapportèrent ensuite quatre observations de kystes du poumon guéris spontanément après vomique; ils donnèrent, sur le traitement, un avis conforme à celui émis par Micheleau, à savoir que « le traitement médical peut suffire, mais que, lorsque le pus secrété dans le kyste infecté et ouvert se vide mal et que, par suite, il se produit des phénomènes de rétention et de résorption, il faut recourir au traitement chirurgical et pratiquer la pneumotomie ». Pour Courtin, l'infection de la poche kystique constitue une indication formelle à opérer.

A la séance suivante, Guyot estima que l'esprit de la discussion que nous venons de résumer était « trop en faveur de l'abstention en pareil cas ». Il analysa la thèse de Guimbellot, discuta ses statistiques et conclut qu'en présence d'un kyste hydatique du poumon, l'intervention chirurgicale par la pneumotomie donne des résultats bien supérieurs à l'abstention. « Que le kyste hydatique du poumon soit *ouvert et suppuré* ou qu'il soit intact, déclara-t-il, il semble résulter des derniers travaux parus à ce sujet que *l'opération chirurgicale est toujours indiquée* ».

Plus récemment, Sabrazès (de Bordeaux) a rapporté un nouveau cas de kyste du poumon guéri spontanément après vomique : « Cette guérison, disait-il, s'ajoute à la liste des cas semblables de guérison spontanée que dressait récemment M. Dévé en l'oppo-

sant à la statistique de mortalité opératoire, en l'espèce beaucoup plus chargée ».

Opinion médicale. — Les affirmations chirurgicales réitérées ont fini par convaincre certains médecins. C'est ainsi que Méry et Babonneix écrivent dans le *Nouveau Traité de médecine :* « Le traitement médical n'existe pas... L'expectation conseillée par Trousseau donnant des résultats déplorables (64 o/o de morts, Hearn), il faut recourir à l'intervention chirurgicale dès que le diagnostic est fait ».

Tout à fait contraire à la précédente est l'opinion des médecins landais, que M. Dévé a recueillie au cours d'un voyage d'études dans les Landes. Elle peut être formulée de la façon suivante : *Les kystes hydatiques du poumon guérissent presque toujours spontanément après vomique.* Émanant de praticiens qui exercent depuis de nombreuses années dans un pays où l'échinococcose est fréquente, basée sur le résultat de leurs observations personnelles, cette appréciation méritait d'être rapportée à l'égal de l'opinion exprimée dans certains articles classiques. La constance des guérisons survenues après vomique dans les cas landais que nous rapporterons à la fin de notre travail — et qui, nous y insistons, représentent la statistique *intégrale* des médecins qui nous les ont communiqués — fait comprendre que ces praticiens ne soient guère partisans d'une intervention chirurgicale systématique dans les kystes hydatiques du poumon ouverts dans les bronches.

Plus éclectique est l'opinion émise par P. Escu-

dero dans son récent ouvrage : « Les kystes ouverts dans les bronches, commence-t-il par déclarer, obligent presque toujours à une intervention chirurgicale ; mais on a observé des cas, assez nombreux pour ne pas les croire exceptionnels, où la guérison spontanée survint à la suite d'évacuation totale du kyste par vomique ». — « On doit opérer, écrit-il ailleurs, les cavernes hydatiques qui se drainent spontanément mal et amènent des phénomènes de rétention, ce qui correspond presque toujours aux cavernes causées par rupture de kystes volumineux ». « *Les cavernes hydatiques, produites par rupture de petits kystes centraux, ne doivent pas être opérées durant les premières semaines de leur évolution, quand même elles provoqueraient de la fièvre, de l'expectoration et des phénomènes pulmonaires. Très souvent elles guérissent spontanément au bout de deux ou trois mois ;* on devra seulement modérer la toux par des calmants et entourer les malades de tous les soins habituels pour les affections pulmonaires ».

Discussion des statistiques. — Il semblerait que l'étude des statistiques médicales et chirurgicales dût trancher définitivement le débat, en opposant les résultats de l'expectation à ceux de l'opération. Mais, pour cela, il faudrait que ces statistiques fussent *intégrales*, qu'elles portassent sur tous les cas observés dans une région pendant une assez longue période et que, bons ou mauvais, les cas fussent rapportés avec détails fidèles. Il est peu de statis-

tiques classiques répondant à ces conditions. La plupart sont basées sur une grande quantité d'observations impersonnelles, de valeur très inégale, glanées dans la littérature... parfois « depuis le début du XVIII^e siècle » ! On a tiré de ces statistiques des pourcentages bruts de mortalité concernant les cas non opérés, englobés sans distinction, et on les a opposés à ceux de la mortalité post-opératoire.

Du point de vue précis auquel nous nous sommes placé, nous allons reprendre ces statistiques et nous en retiendrons les observations où il y a eu *vomique ou expectoration spontanée de produits hydatiques.*

Dans son travail, Hearn a rassemblé 144 observations de kystes du poumon. Parmi ces cas, il en indique 70 où le kyste s'est ouvert dans les bronches, avec 17 morts et 53 guérisons. Or, en révisant attentivement chacune de ces observations (dont un certain nombre sont d'une interprétation discutable), nous trouvons, pour les cas suivis de mort : deux cas erronés (obs. XXIX et LVIII) où il n'y eut pas d'expectoration hydatique ; un cas douteux (obs. XXXVIII) ; trois cas (obs. XLIX, LXI et LXVI) où l'autopsie révéla une échinococcose embolique, forme encore aujourd'hui au-dessus des ressources de la chirurgie ; un cas (obs. LVII) où un vaste kyste du foie, compliqué de kystes de l'épiploon, s'était ouvert dans le poumon à travers le diaphragme ; un autre cas (obs. L) où la vomique fut consécutive à l'ouverture par incision d'une collection pleurale purulente. Par contre, il nous faut ajouter à la liste de Hearn 4 cas

(obs. XXXI, XXXII, XXXIV et XXXVI, ce dernier douteux).

Si bien qu'en éliminant les cas où réellement l'ouverture spontanée du kyste dans les bronches ne peut être tenue pour responsable de l'issue fatale, et en conservant même les cas douteux, il reste 14 cas suivis de mort. Faisons remarquer que beaucoup de ces observations ont trait à des kystes volumineux suppurés, qui seraient actuellement, de l'avis unanime des médecins, justiciables d'un traitement chirurgical immédiat. — Parmi les 53 cas de guérison spontanée rapportés par Hearn, nous éliminerons : un cas (obs. LXXXVII) — c'est le vieux cas de Laënnec — où un kyste du poumon (?) ou plus probablement *du foie* s'est évacué dans l'intestin ; deux cas (obs. LXXXXI et CIV) où l'opération de l'empyème fut pratiquée ; un cas (obs. CV) où la terminaison est inconnue ; un autre (obs. CXXIV) où l'expectoration hydatique n'est pas mentionnée ; un cas (obs. CI) où il s'agit d'un kyste du foie et un autre (obs. CXXXIV) où le malade est mort phtisique. Il reste donc 46 cas, auxquels il faut ajouter l'observation 144 : soit 47 guérisons spontanées.

Le pourcentage des *guérisons* donne donc *77.04 o/o*.

Une statistique de Davies Thomas (*Australian med. Journ.*, 1889), rappelée par Netter à la Société médicale des Hôpitaux en 1892, comprend 133 cas de kystes hydatiques du poumon ouverts dans les

bronches, avec 31 morts, 80 guérisons et 22 résultats inconnus ; soit *72, 07 o/o de guérisons.*

La statistique originale de Madelung donne les chiffres suivants : sur 16 kystes du poumon avec expectoration hydatique, 3 morts et 13 guérisons : soit *81, 25 o/o de guérisons.*

A. Becker a rassemblé tous les cas de kystes hydatiques observés dans le Mecklembourg de 1884 à 1906 ; sa statistique répond donc bien aux conditions que nous avons formulées. Elle renferme 32 cas de kystes du poumon : 13 ont été opérés, 9 malades ont guéri, 4 sont morts (30,7 o/o), 19 cas n'ont pas été opérés ; l'un des kystes a été ponctionné et a guéri ; dans les 18 autres, une vomique hydatique s'est produite spontanément. Un malade est mort plus tard de cause indéterminée ; le sort de deux autres est inconnu ; les quinze autres ont guéri naturellement. Deux de ces derniers refusèrent l'opération que le chirurgien conseillait formellement ; ils guérirent médicalement. En résumé, « même en mettant gratuitement à la charge de la vomique le cas de mort et les 2 cas douteux, il resterait encore *83, 3 o/o de guérisons spontanées* » (Dévé).

Dans leur rapport au Congrès de Buenos-Ayres en 1910, Cranwell et Vegas ont fait allusion à 48 cas de kystes du poumon qu'ils ont observés de 1901 à 1909. De ces cas, 40 ont été opérés ; 8 dans lesquels le kyste s'était ouvert dans les bronches n'ont pas été opérés. Ces huit derniers cas ont donné 7 guérisons ou améliorations et 1 mort par

hémoptysie : soit *87,5 o/o de guérisons* ou améliorations.

Récapitulons les résultats de ces cinq statistiques classiques :

D. Thomas.....	121 cas	86 guérisons	72,07 o/o
Hearn.....	61 cas	47 guérisons	77,04 o/o
Madelung.....	16 cas	13 guérisons	81,25 o/o
Becker.....	18 cas	15 guérisons	83,3 o/o
Cranwell-Vegas.	8 cas	7 guérisons	87,5 o/o

Cette étude critique nous montre que : « loin de présenter l' « effrayante gravité » dont nous parlent Picquand, Tuffier, Guimbellot, Souligoux et Schwartz, loin de donner, comme ces auteurs le laissent entendre, de 50 à 60 o/o de mortalité, *la vomique hydatique pulmonaire, abandonnée à son évolution naturelle, est suivie de guérison dans plus de 80 o/o des cas* » (Dévé).

Des chiffres précédents nous pourrions rapprocher d'autres données statistiques. C'est ainsi que Lemaire (Thèse de Paris, 1903) rapporte 10 cas, observés à Alger, de kystes hydatiques du poumon rompus dans les bronches ; 2 malades sont morts, 8 ont guéri. Ce qui donnerait 80 o/o de guérisons spontanées. Mais ce chiffre est sans doute au-dessous de la réalité, car dans un de ces cas terminés par la mort, le kyste du poumon a guéri très rapidement et l'issue fatale survint par cachexie hydatique consécutive à des kystes multiples de l'épiploon. Et il est à remarquer que l'auteur n'a pas fait rentrer

dans sa statistique, faute d'un contrôle exact, les malades « qui crachent des peaux et ne font que passer dans un service ».

Dans sa récente thèse (Alger, 1911), Alberti a publié toutes les observations de kystes hydatiques vus pendant une douzaine d'années dans le service du professeur Curtillet à Alger. Cette statistique renferme quatre kystes du poumon ayant déterminé une vomique : tous les quatre ont guéri spontanément.

Aussi probantes sont les observations recueillies par M. Dévé auprès de plusieurs médecins de la région landaise. Les dix-neuf observations de vomique hydatique que nous publions représentent la pratique intégrale des médecins qui nous en ont communiqué leurs observations. Or, tous les cas se sont terminés par la guérison. De plus, les malades ont été suivis pendant d'assez longues années pour que leur guérison *définitive* ne puisse être mise en doute.

Les quelques observations recueillies par nous, à Rouen, ont eu une terminaison tout aussi favorable.

Allons-nous donc conclure de ces statistiques heureuses à la guérison spontanée *constante* (100 pour 100) à la suite de la vomique pulmonaire ? On pense bien que nous sommes très éloigné de soutenir ce paradoxe. Nous sommes le premier à convenir qu'il s'agit là d'une « heureuse série ». Ces chiffres n'en étaient pas moins intéressants à opposer

à la haute mortalité classiquement attribuée à la vomique hydatique pulmonaire.

Discussion des résultats du traitement chirurgical. — Arrivé à ce point de notre discussion, nous pourrions être tenté d'opposer aux chiffres précédents ceux des statistiques opératoires, pour faire observer que le chiffre de Pasquier (75 o/o de guérisons) et celui tout récent de Guimbellot (83,3 o/o de guérisons) ne sont pas supérieurs à ceux que donne la simple expectation médicale. Mais nous nous abstiendrons soigneusement de faire ce parallèle simpliste. Car toutes ces statistiques globales ont le tort de comprendre des faits qui ne sont pas comparables.

On nous permettra, du moins, de faire remarquer que les grosses cavités kystiques suppurées corticales, généralement symphysées à la paroi thoracique et pour lesquelles l'intervention se borne à une simple thoracotomie (avec ou sans résection costale), représentent la majeure partie des succès chirurgicaux. Or, depuis longtemps déjà, il n'est plus de médecins qui ne soient d'avis d'intervenir chirurgicalement dans les cas de ce genre, entièrement assimilables à une pleurésie purulente ou à un pyo-pneumothorax.

Nous devons discuter maintenant les critiques qui ont été adressées par les chirurgiens au traitement « médical ».

Les auteurs modernes ne manquent pas d'insister

sur ce fait que l'évolution naturelle de la vomique « qui aboutit à la mort dans la grande majorité des cas », expose le malade à toute une série de complications souvent mortelles : asphyxie, intoxication hydatique, hémoptysies, broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire, tuberculose pulmonaire.

Mais *le traitement chirurgical met-il donc sûrement les malades à l'abri de ces accidents ?* En aucune façon. Tout au plus peut-on accorder que les complications se montrent avec une moindre fréquence dans les cas opérés. Encore manquons-nous de chiffres comparatifs pour préciser ce point.

La *vomique* survient fréquemment (quatre fois sur seize cas, Cranwell et Vegas) au cours de l'intervention sanglante et elle constitue une complication redoutable. Becker, Lagos-Garcia, Cranwell et Vegas ont rapporté des cas où la mort est survenue, de ce fait, *sur la table d'opération*. Cet accident est souvent suivi de manifestations d'*intoxication hydatique grave* — et même *mortelle* (cas de Morquio, cas de P. Escudero, obs. III).

L'*hémorragie grave*, *l'hémorragie mortelle* n'est pas davantage inconnue dans les suites opératoires. Escudero en a rapporté récemment un nouvel exemple où l'accident s'est produit un mois après l'ouverture et le drainage d'un kyste suppuré.

Il en est de même des *accidents broncho-pulmonaires :* congestion pulmonaire aiguë, pneumonies bâtardes, broncho-pneumonies, grangrène pulmonaire, abcès du poumon au voisinage de la cavité

kystique ouverte. Nous ne nous y étendrons pas, car ce serait sortir de notre sujet. Nous renverrons sur ce point le lecteur au chapitre que Escudero a consacré, dans son ouvrage, aux complications post-opératoires des kystes hydatiques du poumon. Nous signalerons seulement que l'*hydatico-tuberculose* s'observe également comme suite éloignée dans les cas traités chirurgicalement. Or, il est à remarquer que sur les 30 observations de guérison spontanée que nous apportons, et dans lesquelles les malades ont été suivis pendant de nombreuses années, la tuberculisation secondaire du sujet n'a été constatée qu'*une seule fois*.

L'intervention sanglante expose, en outre, à des *complications particulières :* pneumothorax opératoire, infection pleurale et pleurésie purulente, fistules broncho-cutanées intarissables, récidives hydatiques post-opératoires.

On le voit, le traitement chirurgical n'est pas, lui non plus, exempt de complications. Guimbellot reconnaît d'ailleurs qu'il présente « toujours une certaine gravité ». Or — et c'est un point sur lequel M. Dévé a appelé l'attention — « il se trouve que, précisément dans les cas que nous visons ici (kystes évacués par vomique), l'opérateur risque de rester « bredouille », qu'on nous pardonne l'expression ».

Depuis lors, Escudero, a signalé le même fait. « Il y a, dit-il, de petits kystes centraux, très éloignés de la périphérie pulmonaire, qui sont difficilement opérables. *L'intervention, en pareil cas, fait courir un*

grand risque au malade et ne peut même pas toujours être menée à bien. Nous connaissons *plusieurs cas*, dont nous avons vu quelques-uns, où *l'opération ne put être achevée parce qu'on n'arriva pas à trouver le kyste, mais qui causèrent un pneumo-thorax et un traumatisme* dont il est difficile que les malades réchappent ».

Nous avons tenu à rapporter à la fin de notre travail quelques exemples, à notre sens très instructifs, de ces *opérations bredouilles* (nous ne prétendons, du reste, nullement avoir réuni tous ceux qui ont été rapportés dans la littérature ; et il est fort probable que les faits de ce genre n'ont pas tous été publiés). Ces exemples sont, disons-nous, très instructifs, parce qu'ils permettent de juger sur quels signes cliniques, stéthoscopiques et radioscopiques *trompeurs*, les chirurgiens avaient cru pouvoir se baser pour entreprendre leur inutile opération. Dans les cas en question, les malades n'en ont pas moins guéri spontanément, mais il serait presque permis de dire que c'est malgré l'opération.

Il était nécessaire d'insister sur ces faits pour montrer que le chirurgien doit, dans certains cas, *savoir s'abstenir* et s'en fier à la bonne nature.

Conditions favorables a la guérison spontanée. — La vomique hydatique pulmonaire a donc, quoi qu'on en ait dit, une *valeur curatire certaine*. Cette valeur est démontrée par les faits inédits dont nous rapportons les observations et par la comparaison

des chiffres, à peu près identiques, fournis par les statistiques classiques médicales et chirurgicales.

Cependant *tous les kystes hydatiques du poumon s'ouvrant dans les bronches n'ont pas les mêmes chances de guérir spontanément.* Et il nous faut maintenant étudier les conditions favorables à la guérison spontanée. Nous avons déjà émis quelques considérations à leur sujet, dans notre chapitre d'anatomie pathologique. Ces conditions tiennent à la situation du kyste en profondeur et en hauteur, à son volume, à l'état de sa paroi et de son contenu.

Les kystes hydatiques du poumon doivent être divisés en deux groupes : les kystes corticaux et les kystes centraux. Les premiers, nés à distance des grosses bronches, ont besoin d'être volumineux et anciens pour se rompre dans l'arbre respiratoire et ils se trouvent, après leur rupture, dans des conditions défavorables à la guérison spontanée. Les faibles dimensions de l'ouverture kysto-bronchique, le grand volume du kyste, entraînent presque fatalement un drainage défectueux ; de plus, du fait de leur ancienneté, ces kystes ont souvent déterminé une modification définitive du tissu pulmonaire ambiant (sclérose) qui est un obstacle à la réduction et à l'effacement de la cavité kystique.

Les kystes centraux, au contraire, nés au voisinage des grosses bronches, peuvent s'ouvrir dans leur cavité à une époque relativement précoce de leur évolution, alors qu'ils ont une taille modérée. Pour eux se trouvent réunies toutes les conditions

favorables à la guérison spontanée : large ouverture kysto-bronchique, petit volume du kyste, drainage facile et parenchyme pulmonaire peu modifié, capable de « prêter ».

C'est le lieu de rappeler que les difficultés opératoires sont beaucoup plus grandes pour cette seconde variété de kystes que pour les « para-pleuraux ». Alors que, pour ceux-ci, l'incision d'une mince coque de tissu pulmonaire sclérosé amène directement dans la cavité kystique (facile à repérer, avant l'opération, par les signes physiques et radioscopiques), pour les kystes profonds, « para-bronchiques », il faut traverser une forte épaisseur de parenchyme pulmonaire fortement vasculaire, faire de gros délabrements, pour arriver sur une cavité petite, affaissée, difficile à repérer et quelquefois impossible à retrouver, malgré la perfection des moyens d'exploration employés.

En somme, on peut résumer, un peu schématiquement, les conditions opposées des deux groupes de kystes en disant :

Dans les kystes CORTICAUX, *conditions défavorables à la guérison spontanée : intervention chirurgicale simple et efficace ;*

Dans les kystes CENTRAUX, *conditions favorables à la guérison spontanée : opération délicate, voire dangereuse, et risquant de demeurer négative.*

N'y a-t-il pas d'autres conditions susceptibles d'influer sur l'évolution de la vomique hydatique ? Le *siège du kyste par rapport à la canalisation bron-*

chique a aussi son importance pour l'évacuation naturelle de la cavité. Un kyste du sommet a des chances d'ulcérer une bronche relativement volumineuse en regard de son point déclive, et par là son drainage sera facilité. Au contraire un kyste de la base portera le plus souvent son ouverture kysto-bronchique au niveau de son hémisphère supérieure : les produits hydatiques auront par suite beaucoup de difficulté à s'évacuer totalement et rapidement ; *ils stagneront dans la partie déclive.*

« Bien que, en principe, il faille considérer tout kyste ouvert dans les bronches comme fatalement infecté, on doit établir, au point de vue pronostic, une différence entre les kystes ayant donné lieu à une *vomique limpide* et ceux qui s'éliminent lentement par *vomiques suppurées.* La guérison spontanée est encore fréquente dans ces derniers cas ; mais il faut reconnaître que l'épaisseur plus grande de l'adventice kystique, et les modifications qui se produisent dans le tissu pulmonaire périkystique, rendent les conditions moins propices à la guérison spontanée.

Par dessus tout, la *taille du kyste* évacué par vomique interviendra. Les kystes volumineux, mêmes centraux, mettront longtemps à se vider et à s'affaisser ; ils exposeront le patient à une longue suppuration cavitaire avec toutes ses fâcheuses conséquences. Aussi sera-t-il sage de ne pas compter, en pareil cas, sur les seuls efforts de la nature.

Tels sont les points importants que le clinicien

aura à envisager et qu'il devra s'efforcer de préciser lorsqu'il se trouvera en présence d'un kyste hydatique du poumon rompu dans les bronches. Car, de ces conditions devra dépendre le *choix du traitement à appliquer à chaque cas particulier.*

CONLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

Comme corollaire, comme conclusion des idées que nous avons développées dans les chapitres précédents, nous nous proposons de préciser, dans ce dernier chapitre, la *conduite à tenir en présence d'un kyste hydatique du poumon ayant déterminé une vomique.*

Le médecin assiste rarement à la vomique elle-même. A ce moment, son rôle se bornera à atténuer les phénomènes d'asphyxie, en faisant prendre au malade une position convenable, et à combattre la douleur, la dyspnée, l'angoisse, le collapsus, par des injections de morphine, d'huile et d'éther camphrés, de caféine, par des inhalations d'oxygène, voire (en cas d'accidents asphyxiques graves) par des injections sous-cutanées d'oxygène. En cas d'hémoptysie importante, on instituera le traitement habituel : ergotine, chlorure de calcium, hydrastinine, etc. On devra quelquefois recourir, comme l'a fait le Dr Née (obs. III), à la ligature des membres. Il y aura parfois lieu de pratiquer des injections de sérum artificiel.

Les symptômes dramatiques de la vomique sont

calmés. Alors se pose la question de l'opération ou de l'expectation.

Ce qui, pour M. Dévé, « doit primer avant tout dans l'appréciation de l'indication opératoire, c'est le *siège* superficiel ou profond et le *volume* du kyste ouvert dans les bronches ».

Les *kystes superficiels*, *volumineux*, facilement reconnaissables, au simple examen clinique, par la netteté et l'étendue des signes amphoriques — on contrôlera ces données, toutes les fois qu'il sera possible, par l'examen radioscopique — seront *justiciables d'un traitement chirurgical immédiat*, ou tout au moins rapide. Car, peu enclins à la guérison spontanée, ils constituent précisément le triomphe de la chirurgie pulmonaire. En un mot, on se comportera à l'égard de ces kystes, comme vis à vis d'une pleurésie purulente de la grande cavité qui aurait donné lieu à une vomique. Sans doute, certains de ces cas, abandonnés aux seules ressources de la nature, pourraient guérir spontanément. Il en existe d'assez nombreux exemples dans la littérature et nous en rapporteront quelques nouvelles observations. Mais il serait imprudent et dangereux de s'en remettre ici à l'évolution naturelle ; car les malades se trouveraient exposés aux risques multiples qu'entraîne une suppuration intrapulmonaire prolongée.

A la rigueur, pourrait-on faire un petit amendement à cette règle en faveur de certains kystes du sommet, dont la poche, de dimensions généralement modérées, a tendance à une évacuation rapide, pour

les raisons anatomiques que nous avons précédemment indiquées.

Devront, par contre, être *respectées*, *au moins provisoirement*, les *poches profondes*, ne se traduisant, à l'auscultation, que par des signes cavitaires obscurs, lointains, très difficiles à localiser au milieu des phénomènes congestifs réactionnels. C'est pour les cas de ce genre surtout que l'examen radioscopique sera utile. Il ne présentera d'ailleurs pas, alors, sa netteté habituelle et ne révèlera souvent qu'une ombre diffuse profondément située. Le médecin se bornera, en pareille circonstance, à surveiller l'évolution de la cavité kystique ; il notera la répétition des vomiques, leur abondance, leur fétidité. Il combattra les complications éventuelles : hémoptysies, congestions pulmonaires, broncho-pneumonie, etc., qui seront justiciables de la thérapeutique ordinaire. Il tentera d'atténuer et de modifier la suppuration par des inhalations balsamiques et antiseptiques, par l'hyposulfite de soude, le thiocol. Faisons remarquer que la *thérapeutique bronchoscopique* trouverait là une de ses indications. Peut-être donnerait-elle les mêmes excellents résultats qu'elle a fournis, entre les mains de Guisez, dans certaines dilatations bronchiques et dans certains cas de gangrène pulmonaire. Il va sans dire qu'on soutiendra l'état général du malade.

C'est l'*évolution* de la lésion pulmonaire qui guidera le médecin. « L'importance des phénomènes généraux (fièvre, sueurs, amaigrissement), l'étendue des réactions pulmonaires, l'existence d'hémoptysies

plus ou moins répétées, même l'abondance et la fétidité des vomiques, n'interviendront qu'en seconde ligne dans la décision à prendre : on ne s'alarmera pas outre mesure de la gravité habituellement passagère de ces symptômes » (Dévé). Lorsque les circonstances le permettront, l'examen radioscopique, pratiqué à des époques plus ou moins rapprochées, montrera la rétraction et l'atténuation progressive de l'opacité pulmonaire ou, au contraire, la persistance de l'ombre kystique, dans les cas défavorables.

Si les renseignements apportés par la radioscopie donnent souvent plus de précision à l'appréciation médicale, il est bon de rappeler qu'ils demandent à être interprétés avec prudence, car ils peuvent exposer à des erreurs.

M. Dévé a d'ailleurs insisté sur ce fait que, pour précieux que soit ce mode d'investigation, « il ne sera, en général, nullement indispensable pour apprécier la marche favorable du processus curatif. Les modifications des signes stéthoscopiques, jointes à la diminution des vomiques et surtout à l'amélioration rapide de l'état général, renseigneront le clinicien de façon pratiquement suffisante ».

Cette temporisation, cette expectation armée ne devra pas être poussée à l'excès et « si, loin de s'atténuer, les signes cavitaires et les vomiques persistaient et s'accentuaient, parallèlement à une aggravation de l'état général, *l'intervention retrouverait tous ses droits*. Elle devrait alors s'entourer de tous

les procédés d'exploration capables d'éviter au chirurgien les tâtonnements et fausses routes opératoires » (Dévé). Le plus souvent, nous l'avons vu, l'opération ne sera pas nécessaire, tous les symptômes s'atténueront peu à peu, l'état général s'améliorera et la guérison spontanée surviendra sans complication grave.

En définitive :

Opération d'emblée pour les *kystes corticaux et volumineux;*

Traitement médical expectant pour *les kystes centraux, de taille modérée* ;

Opération secondaire en cas de kystes profonds, avec *persistance des signes cavitaires et altération grave de l'état général*, et lorsque la cavité kystique pourra être *localisée de façon précise.*

Telle nous paraît devoir être la règle de conduite à proposer, à l'heure actuelle, en présence d'un *kyste hydatique pulmonaire évacué par vomique.* Il est à peine besoin d'ajouter que cette règle, forcément un peu schématique, comportera, dans la pratique, des exceptions résultant de certaines indications particulières.

OBSERVATIONS

Nous aurions pu recueillir sans peine, dans la littérature, plus de deux cents observations éparses de vomiques hydatiques pulmonaires terminées par la guérison. Il se peut que la comparaison de toutes ces observations nous eût amené à dégager quelques points intéressants. Mais ces cas isolés n'eussent pu nous servir à préciser le point capital que nous voulions établir : c'est-à-dire la *fréquence* RELATIVE *de la guérison* à la suite de la vomique, en d'autres termes la *valeur curative* de la vomique.

Nous avons préféré nous borner à rapporter une série d'observations inédites qui, au mérite de l'originalité, joignent celui de représenter l'expérience intégrale de leurs auteurs.

OBSERVATION I (Inédite)

(DÉVÉ.)

Augustine Pr..., femme de berger, trente ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 23 février 1906, à la suite d'une vomique hydatique.

Depuis cinq ans, elle « toussotait » et était considérée comme ayant « le poitrine délicate ». Pendant l'été de 1904, elle avait toussé davantage, sans cracher, et s'était plainte d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine. Un jour, elle cracha un peu de sang.

Le médecin qu'elle consulta à cette époque déclara qu'il s'agissait d'un « commencement de bronchite » ; il lui ordonne des pilules de goudron et de l'huile foie de morue et lui fit appliquer un vésicatoire sous la clavicule gauche.

En octobre 1904, la malade fut prise, une nuit, de douleur violente dans le côté gauche et elle cracha des « peaux » semblables à celles qu'elle a rendues ces jours-ci. Elle continua cependant de travailler, souffrant et toussant toujours un peu.

Un mois avant son entrée à l'hôpital (vers le 25 janvier 1906), elle a rendu une « peau blanche ayant un goût de matière fécale » ; les crachats purulents, malodorants qui l'accompagnaient étaient mêlés de sang. Dans les jours qui suivirent, elle rejeta dix ou douze « peaux » semblables ; elle avait de la peine à tousser, « elle sentait que cela montait, cela l'étouffait, et elle finissait par rendre ».

Depuis, elle a continué de tousser, de cracher, de ressentir une douleur dans le côté gauche, qui, par moments, « l'empêchait de respirer » ; elle avait de la fièvre (soif) et vomissait ce qu'elle mangeait.

22 février. — Elle rejette une volumineuse membrane enroulée qui « ne voulait pas passer » et qu'elle dut retirer de sa gorge avec ses doigts : elle crut étouffer. Les crachats qui l'accompagnaient renfermaient du sang. Dans la nuit qui

suit son entrée à l'hôpital (nuit du 23 février), elle vomit un nouveau morceau de membrane qui est conservé dans de l'eau ; il s'agit d'une membrane hydatique caractéristique. Ce devait être le dernier rejet de membranes. Pendant quelques jours, elle eut une expectoration purulente, non fétide, ne renfermant plus aucun élément hydatique (pas de fragments de membranes feuilletées, pas de crochets au microscope).

26 février. — L'examen du thorax ne révélait plus qu'une zone de submatité très discrète sous la clavicule gauche, avec quelques râles sous-crépitants. Ces signes s'atténuèrent très rapidement. Le 1er mars, on ne constatait plus qu'un peu de rudesse respiratoire sous la clavicule gauche et quelques frottements pleuraux.

L'exploration radioscopique faite le 14 mars, par M. Cerné, ne révéla rien d'anormal du côté des poumons.

La malade fut opérée, le 15 mars 1906, d'un kyste hydatique du sein droit, du volume d'une prune : énucléation, suture sans drainage, réunion *per primam*.

Le guérison se maintint, en apparence parfaite, pendant plusieurs années, et permit à la malade de se placer comme domestique.

Cependant, elle commença à tousser dans les premiers mois de 1909. Elle dut faire, en juillet de la même année, un séjour de plusieurs semaines dans le service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu où l'on constate un sommet gauche suspect.

On parla même de faire entrer la malade dans un sanatorium de la région.

Elle sort de l'hôpital améliorée et put reprendre son métier fatiguant de bonne à tout faire.

Tout dernièrement (27 avril 1912), elle est revenue consulter M. Dévé pour une toux rebelle, accompagnée d'expectoration, d'anoxie et d'amaigrissement. L'auscultation a montré, au sommet gauche, des signes manifestes d'infiltration tuberculeuse (submatité, obscurité du murmure, râles sous-crépitants) ; l'examen des crachats a révélé la présence de *bacilles de Koch* (Dévé).

OBSERVATION II (Inédite)

(Bataille, recueillie par M. Dévé.)

Th... quarante-huit ans, employé de chemin de fer (ancien domestique de ferme), entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Bataille, le 24 novembre 1907.

Il avait été opéré le 6 juillet 1901 d'un kyste hydatique du foie. Marsupialisation. Guérison au bout de deux mois.

En 1903, il a été pris, au milieu de son travail, d'une vomique de pus fétide « sentant les œufs pourris ». Quelques jours plus tard, il a rendu du sang pur (la valeur d'un verre).

Depuis lors, il aurait eu, tous les ans, des rejets de « matière jaunâtre sentant mauvais », plusieurs fois accompagnée de « membranes roulées, ressemblant à du blanc d'œuf et qu'on pouvait étaler comme une couenne ». Dans l'intervalle, il avait eu plusieurs petites hémoptysies : il était pris de toux et rejetait un demi-verre de sang pur.

Dans la dernière semaine de septembre 1906, « il se trou-

vait en tramway lorsqu'il ressentit un chatouillement à la gorge ; il fut pris de toux et sa bouche se remplit de pus épais ; il sortit sur la plate-forme pour cracher, il n'y remarqua pas de membranes. La toux cessa après cinq minutes ».

Les vomiques se produisaient à peu près de la même façon. Le malade était averti, deux ou trois jours à l'avance, par une gêne, une sensation de plénitude derrière le sternum, qui l'empêchait de respirer à fond. L'accès débutait chaque fois par une quinte de toux et il rejetait du pus fétide avec ou sans membranes.

Une fois qu'il était « dégagé », la toux s'arrêtait. Plusieurs fois, cependant, il eut de la fièvre et fut obligé de s'arrêter de travailler (une fois pendant quinze jours).

A l'examen clinique de la poitrine fait le 24 novembre 1907 (Dévé), on ne constate aucun signe stéthoscopique anormal. Pas de signes de tuberculose. Guérison.

OBSERVATION III (Inédite)

(Née, François Hue et Dévé.)

André E..., onze ans. Opéré, en avril 1907 (à l'âge de neuf ans), d'un kyste hydatique du foie (Dévé, François Hue). Marsupialisation, guérison.

L'enfant reste en parfaite santé jusqu'au mois d'octobre 1908. Dans la dernière semaine du mois, présenta, à plusieurs reprises, sans raison, le matin, des petits crachements de sang : il rendait huit à dix crachats hémorragiques ; cela n'allait pas plus loin ; dans la journée, il jouait comme de

coutume, sans rien présenter d'anormal, en sorte que ses parents ne s'inquiétèrent pas.

31 octobre. — L'enfant fut pris, le soir d'un point de côté à droite, accompagné de fièvre et de fétidité de l'haleine.

Le lendemain matin. 1er novembre 1908, il jouait dans son lit, lorsqu'il rendit brusquement un flot de sang; un second flot de sang, puis un troisième se produisirent coup sur coup, en l'espace de quelques minutes (les parents estiment à *un litre et demi* la quantité de sang rejetée). Presque aussitôt après, l'enfant rendit, avec de grands efforts, dans une crise d'étouffement, une membrane blanche « large comme le creux de la main de l'enfant ».

Le Dr Née, mandé en toute hâte, trouva le petit malade exsangue, Après lui avoir fait la compression de la racine des quatre membres, il lui pratiqua une injection de sérum artificiel. L'enfant rendit encore un peu de sang à minuit : ce fut la dernière hémoptysie; il n'avait pas rejetté d'autres membranes.

Les jours suivants, il n'eut pas le moindre crachat ; il ne toussa même pas. Pas d'haleine fétide, pas d'expectoration purulente, pas d'expectoration de bile. D'autre part, pas d'urticaire. L'enfent se rétablit lentement, mais sans le moindre incident.

Examen radioscopique, le 20 janvier 1909 (avec le concours du Dr Méret) : le foie est normal, la convexité diaphragmatique ne présente aucune voussure. Par contre, on découvre, en plein poumon droit, un kyste sphérique gros comme une petite orange (l'ombre du kyste, mesurée sur une radiographie, avait 6 cent. 5 de diamètre). Par des examens successifs faits d'avant, d'arrière, de profil, on peut se

rendre compte que le kyste siège au centre même du poumon (probablement à la partie inférieure du lobe supérieur) et qu'il n'a aucune tendance à affleurer en aucun point.

A l'examen clinique : pas de déformation thoracique. En

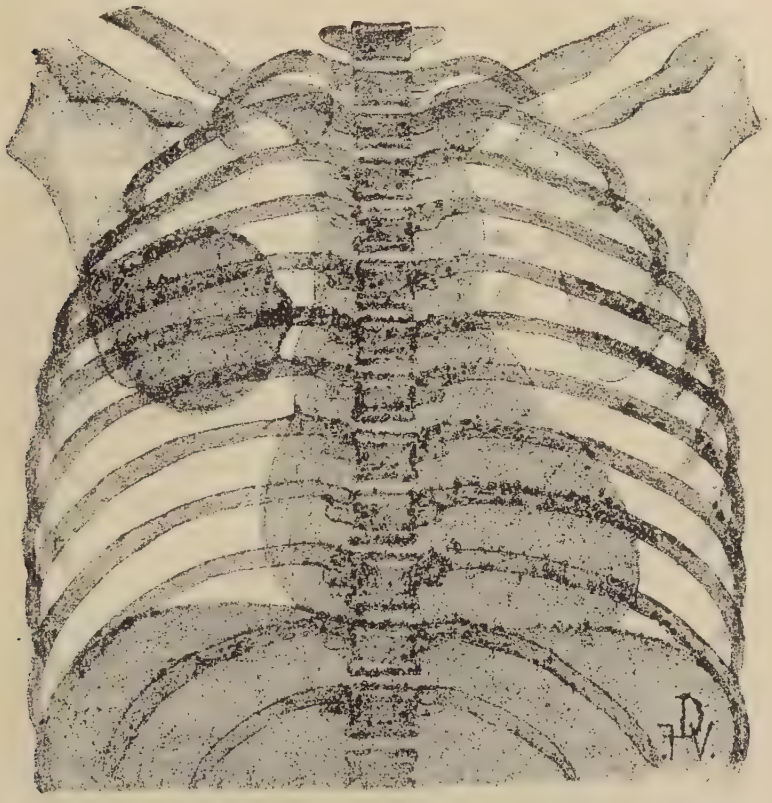


Figure 7. — Radiographie d'un kyste hydatique du poumon ayant déjà donné lieu à une vomique hydatique (F. Dévé).

Dessin d'une radiographie pratiquée chez le malade de l'observation III, le 23 avril 1909 (Dr Méret). Pneumotomie négative un an plus tard. Guérison spontanée après une nouvelle vomique hydatique.

avant, dans la moitié externe de la région sous-claviculaire droite, submatité. Pas de modifications des vibrations ; par

contre, diminution très nette du murmure vésiculaire. Pas de bronchophonie ; ni râles, ni frottements. En arrière, on ne note absolument rien de particulier.

L'enfant est en très bon état ; pas de dyspnée : il court, saute, monte les étages, porte des objets lourds, sans le moindre essoufflement ; il ne souffre pas, ne tousse pas.

Étant donné que la poche était centrale, nous fumes d'avis d'attendre, en surveillant l'accroissement du kyste par des examens radioscopiques périodiques, et de n'intervenir chirurgicalement que lorsque le kyste affleurerait nettement.

Nouvelle radioscopie le 23 avril 1909 : aucun changement (cliché radiographique, fig. 7). Enfant en bon état.

21 avril 1910. — Le Dr Née nous adressait à nouveau le petit malade, avec la note suivante : « Une nouvelle radioscopie, faite à un an de distance de la première, a montré une augmentation considérable du kyste, qui occupe maintenant presque tout le lobe supérieur du poumon droit. De plus, l'évolution antérieure est manifeste et l'on trouve maintenant de la matité et du souffle en avant ». A l'examen clinique, nous constations, en effet, les modifications suivantes : matité dans la région sous-claviculaire droite, surtout dans les deux tiers externes (la clavicule est absolument mate). A ce niveau, disparition du murmure vésiculaire, souffle tubaire sans râles, sans frottements. En arrière, légère diminution du murmure et respiration bronchique dans la région scapulo-vertébrale. Pas de modifications de la percussion, pas de douleurs. L'enfant, qui « court facilement », tousse « à sec » (sans cracher) depuis deux mois. Il y a quelques jours, il a rendu, deux matins de suite, cinq ou six crachats sanglants.

Étant donné ces signes, on conseille l'opération.

Opération, pratiquée par M. François Hue, le 7 mai 1910. — Incision curviligne sur la face antérieure du thorax. Résection de 4 centimètres de la seconde et de la troisième côtes (région correspondant au point le plus sombre de la radiographie). Le poumon, libre, est fixé à la plèvre pariétale par une suture circulaire. Le parenchyme pulmonaire est augmenté de consistance. Une série de ponctions, faites d'abord avec de longues aiguilles, puis avec le bistouri, ne donnent que du sang. On tente d'inciser le poumon : on entre dans un parenchyme carnifié, atteint d'hépatisation bâtarde. Nulle trace de kyste. On arrête là l'intervention. Sutures avec petit drainage transitoire (l'examen rétrospectif de la radiographie montre une ombre étendue à tout le sommet du poumon droit, sans contours inférieurs nets).

Suites simples : aucun incident, pas d'hémoptysies, pas de fièvre.

Quinze jours après cette pneumotomie négative, l'enfant est pris d'une vomique dans laquelle il rejette des lambeaux de membranes hydatiques. Pas de fièvre. Aucune complication.

La guérison est restée parfaite depuis lors. L'enfant, revu en mars 1912, est en excellent état de santé.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Dévé)

Laurent P..., charretier, quarante ans. Cet homme, vigoureux, n'ayant fait aucune maladie antérieure, pâlissait et maigrissait depuis environ deux mois ; il avait en outre de

la fièvre et transpirait abondamment, la nuit. Il continuait cependant de travailler. C'est seulement dans les premiers jours de juin, qu'il avait commencé à tousser, sans cracher ; jamais d'hémoptysie.

13 juin 1910. — Dans la matinée, il ressentit brusquement une douleur profonde dans la poitrine, « comme si quelque chose avait percé intérieurement », et il rendit aussitôt une quantité de pus sentant très mauvais, mélangé de membranes semblables à du lait caillé (il n'avait pas bu de lait), ayant la grosseur de deux doigts et qui faillirent l'étouffer.

Les jours qui suivirent, l'expectoration continua, fétide, putride, mais sans nouveau rejet de membranes. A deux reprises, il cracha un peu de sang brunâtre.

Depuis cette vomique, il a continué d'avoir une expectoration putride se faisant par gorgées, qui paraît cependant diminuer d'abondance (la valeur d'un bol par jour). Il conserve de la fièvre, avec grands accès suivis de sueurs, il pâlit et ne s'alimente pas.

23 juin 1910. — *Examen.* — Submatité et obscurité du murmure au sommet droit ; en avant. En arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses, matité, augmentation des vibrations. A l'auscultation, souffle broncho-caverneux accompagné de gargouillements, à maximum au niveau de la crête de l'omoplate, avec présence de râles fins à la toux dans la fosse sous-épineuse. Rien dans l'autre poumon.

Nous diagnostiquons un kyste hydatique suppuré du lobe supérieur du poumon droit ouvert dans les bronches (caverne hydatique).

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Cerné. L'examen radioscopique ne révèle rien de net,

mais seulement une obscurité diffuse du sommet droit. Pendant les huit jours que dure le séjour du malade à l'hôpital, les signes stéthoscopiques et généraux rétrocèdent très rapidement.

Revu le 17 octobre 1910, le malade raconte qu'il a eu encore un crachement de sang, au début du mois d'août, pendant deux jours, et qu'il a continué d'expectorer cinq ou six crachats de pus, non fétide, pendant deux ou trois mois (pas de nouveau rejet de membranes).

Actuellement, il a engraissé, mange bien, n'a plus de fièvre ; il a repris ses occupations. L'examen ne montre plus de matité au sommet ; il reste seulement un peu d'obscurité du murmure avec bronchophonie légère, sans râles.

Le malade a dû faire, au début de l'année 1911, un séjour de plusieurs semaines à l'Hôtel-Dieu, pour une expectoration purulente abondante, ne se faisant d'ailleurs pas sous forme de vomique. La recherche des bacilles de Koch, faite à plusieurs reprises, est restée négative. Le malade est sorti en bon état.

On a pu avoir de ses nouvelles récemment (mai 1912) : le malade, complètement guéri, a repris ses occupations depuis un an.

OBSERVATION V (Inédite)

(Cotoni, Cerné et Dévé.)

Auguste L..., quarante-quatre ans, ouvrier en filature. Bien portant jusqu'en novembre 1909. Depuis quelque temps il avait remarqué la présence de deux « boules » dans son ventre.

Peu à peu son abdomen se mit à enfler : pas de douleurs vives, pas de syndrome de perforation. Cependant, vers cette époque, il présenta une éruption d'urticaire, survenue spontanément et qui dura quatre jours. Au début de mai, il devint évident que son ventre renfermait de l'ascite. Le Dr Cotoni en fit la paracentèse, à la fin du mois de mai 1910 ; il retira 8 litres de liquide limpide, citrin. L'ascite se reproduisit et une seconde ponction dut être pratiquée six semaines plus tard (9 litres du même liquide citrin). La présence de cette ascite accompagnée de circulation veineuse sous-cutanée et d'un foie dur, fit penser à une cirrhose. Les « boules » avaient augmenté de volume, au dire du malade. Cependant l'ascite cessa de se reproduire et le malade put reprendre son travail. A noter qu'il aurait brusquement vomi « de l'eau » un jour de décembre 1910.

Vers le milieu de janvier 1911, il commença à présenter de la toux sèche, provoquée par un chatouillement profond. Aux environs du 25 janvier, il vomit brusquement un bol de pus fétide, renfermant des membranes « longues de 10 centimètres » sans vésicules affaissées. En même temps, il accusait une vive douleur dans le côté gauche du thorax, sous le rebord costal.

Pendant huit jours, il rendit encore des « peaux » par intervalles ; pas d'hémoptysie proprement dite, mais parfois crachats couleur chocolat. Jamais de coloration verte pouvant faire soupçonner la présence de bile dans l'expectoration purulente.

Pendant trois semaines, l'état du malade fut très sérieux : il crachait un pus fétide et présentait une fièvre à grandes oscillations. En même temps, il maigrissait à vue d'œil.

Cependant, peu à peu, l'appétit, qui avait disparu, revint. Après être resté sept semaines au lit et être devenu « maigre comme un squelette », le malade put se lever et l'amélioration ne cessa de progresser pendant les mois de mars et d'avril.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Cerné, le 1er juin 1911, il se trouvait dans l'état suivant : amaigrissement encore notable, jambes présentant un peu d'œdème au niveau des malléoles ; mains osseuses, doigts légèrement hippocratiques, pigmentés, disparition de la lunule unguéale. Cependant, bon teint général, langue propre, bon appétit, pas de dégoût des graisses. Fébricule : 37°5, 37°7.

Abdomen très augmenté de volume (il aurait grossi surtout depuis deux mois). Circulation collatérale sous-cutanée surtout accentuée au niveau de la moitié droite de l'abdomen jusque vers l'aisselle droite. Pas d'ascite perceptible (compression probable de la veine cave).

A la palpation de l'abdomen, on constate une tumeur arrondie, en continuité avec le foie, descendant jusque dans la fosse iliaque droite. Seconde voussure appréciable au niveau de l'épigastre. La matité hépatique remonte au-dessus du mamelon en avant ; en arrière, elle affleure la pointe de l'omoplate. Pas de frémissement hydatique, pas de ballottement sus-hépatique, pas de flot trans-thoracique. Signe du sou perçu en arrière à droite.

Il n'y a pas d'ascite, nous l'avons dit. La palpation du ventre est facilitée par une éventration de la ligne blanche. On perçoit une ou deux petites masses arrondies mobiles dans l'abdomen. La rate déborde d'un large travers de doigt ; son pôle inférieur paraît bosselé.

Le malade présente, en outre, une hernie inguinale gauche réductible. Dans le sac herniaire, on perçoit, par moments, un petit corps étranger libre, élastique, de la grosseur d'une noisette, qui file sous le doigt et disparaît (sorte de « souris herniaire »). Le toucher rectal ne révèle aucune tumeur dans le cul-de-sac de Douglas.

Il n'est pas douteux qu'on ait affaire à des kystes multiples du foie compliqués d'échinococcose secondaire du péritoine, en particulier d'échinococcose secondaire du canal vagino-péritonéal (1).

L'examen du thorax ne révèle rien d'anormal, en avant, du côté des poumons ; sonorité et murmure normaux. En arrière, nous avons déjà signalé la matité remontant, à droite, jusqu'à l'angle de l'omoplate. Le murmure vésiculaire est absent dans toute l'étendue de cette matité et on y perçoit avec la plus grande netteté de gros frottements pleuraux.

Du côté gauche du thorax, on constate, tout à fait à la base, la matité avec silence respiratoire ; au-dessus, jusqu'à l'angle de l'omoplate, de la submatité surtout nette vers l'aisselle, avec nombreux râles sous-crépitants, sans signes cavitaires perceptibles à la toux. Les râles sous-crépitants s'entendent sur une hauteur de deux travers de doigt au-dessus de la zone submate. Pas de signes d'épanchement. Ces signes stéthoscopiques correspondent sans nul doute à l'ancien kyste évacué par vomique. Quant aux signes du côté droit (matité, silence respiratoire, frottements), ils paraissent liés à un kyste de la convexité du foie, à évolution intra-thoracique, comprimant la veine-cave inférieure.

---

1. M. Dévé se réserve de revenir ultérieurement sur ce cas, dans une étude d'ensemble de l' « échinococcose herniaire ».

Un *examen radioscopique* est pratiqué par M. Cerné, le 8 juin 1911. Il révèle tout d'abord, du côté du poumon gauche, une zone de pénombre floue, vaguement triangulaire, à base pariétale siégeant un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate : on ne distingue aucune cavité claire au milieu de cette ombre. Du côté droit, l'aspect est très particulier : on constate immédiatement une ombre régulière, tracée au compas, à convexité supérieure, atteignant la septième côte en arrière. Au-dessous d'elle, faisant corps avec elle, mais s'en distinguant nettement par une obscurité plus grande, on reconnaît la courbe du diaphragme siégeant à peu près à sa hauteur normale et conservant une forme régulière. En faisant faire de profondes inspirations au malade, on constate que l'ombre supérieure suit très exactement et très amplement les mouvements du diaphragme. En examinant le malade de trois quarts et de profil, on constate que la voussure supérieure siège à la partie postérieure de la cage thoracique et s'abaisse en avant.

Cet aspect comportait deux interprétations possibles : un kyste hydatique postéro-supérieur refoulant le diaphragme dans le thorax jusqu'à la septième côte, ou un kyste de la base du poumon symphysé au diaphragme. Étant donnée la grande mobilité de l'ombre avec les mouvements du diaphragme, on penche vers la première interprétation.

9 juin 1911. — *Opération* (M. Cerné). — Incision médiane à la fois sus et sous-ombilicale. Adhérences celluleuses entre les feuillets péritonéaux. Énucléation de plusieurs kystes disséminés au milieu des anses intestinales et dans l'épiploon. Ablation d'une poche plus volumineuse accolée à la face antérieure du foie. Vers la fin de la décortication de cette poche,

un flot de liquide bilieux louche sourd brusquement de la profondeur : on a ouvert un volumineux kyste hydatique envahi par la bile. Protection de la cavité péritonéale. Assèchement de cette poche hépatique avec des compresses. Extraction de la membrane mère. Large drainage de la poche avec deux drains. Trois mèches de gaze iodoformée sont placées dans le voisinage, sous le foie et sous le diaphragme, pour tarir un léger saignement provoqué par la décortication de la poche péri-hépatique.

D'autres petits kystes (péri-spléniques, péri-coliques) ont été aperçus au cours de l'intervention, mais abandonnés pour ne pas prolonger l'opération.

Suites opératoires. — Vomissements abondants le jour et le lendemain de l'opération. Léger suintement sanguin par la plaie. Ablation d'une des mèches : issue de sérosité hémorragique. Le malade est dyspnéique, il présente des signes de bronchite. Température 38°5. — Les accidents broncho-pulmonaires s'aggravent rapidement et le malade meurt le 12 juin (troisième jour de l'opération).

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, quelques caillots autour des mèches de gaze péri-hépatiques. Un peu de sérosité hémorragique en arrière de la poche marsupialisée Celle-ci, complètement évacuée, ne renferme que très peu de bile. État fibrineux et rougeâtre du péritoine pariétal et viscéral au voisinage du foie (agglutination fibrineuse récente, sans sérosité, sans pus).

Kystes multiples du péritoine, accompagnés de granulations de pseudo-tuberculose hydatique. Petit kyste hydatique dans le fond du sac herniaire inguinal gauche. Deux gros

kystes du foie, dont un comprimant la veine-cave inférieure dans sa traversée hépatique.

Éviscération totale des organes thoraco-abdominaux. Symphyse pleurale partielle de la base droite : exsudat fibrineux récent. Adhérences pleurales dans la région postéro-externe du poumon gauche. Pas d'épanchement pleural.

Le poumon droit renferme dans son lobe inférieur un gros kyste hydatique (noix de coco) symphysé au diaphragme, lequel est symphysé à la face convexe du foie. Œdème et congestion du lobe supérieur droit (Cf. fig. 4).

Poumon gauche : surface plissée et comme capitonnée au niveau des adhérences pleurales. L'incision de la canalisation trachéo-bronchique montre la lumière des bronches remplie de sérosité rougeâtre et spumeuse (œdème). La troisième ramification bronchique du lobe inférieur conduit après 1 centimètre dans une cavité un peu anfractueuse et irrégulière, du volume d'un petit œuf de poule, avoisinant à la fois la face externe du lobe pulmonaire inférieur (sa paroi mesure à ce niveau à peine 1 centimètre), la scissure interlobaire (symphysée) et la face diaphragmatique du poumon (sa paroi mesure en ce point 8 millimètres). La bronche en communication avec la lésion a un diamètre de 0 cm. 5, elle se continue *à plein canal* dans la caverne déshabitée. Celle-ci renferme de la sérosité hémorragique, sans pus ni débris hydatiques. Le parenchyme ambiant est atteint de congestion et d'œdème pulmonaire.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Cerné, note recueillie par M. Dévé.)

Mme Jeanne L..., trente-trois ans, couturière, demeurant à côté d'un abattoir.

N'avait jamais souffert dans le thorax jusqu'au mois de mars 1908. Le 7 mars, à 7 heures du soir, au milieu de son dîner, douleur brusque et violente dans le côté droit (elle s'était sentie frissonnante toute la journée). Sur le moment, elle ne toussa pas, non plus que les jours suivants. Elle ne commença à tousser et à expectorer que le 11 mars : elle rendit à partir de ce moment des crachats extrêmement fétides.

Entre le 30 mars 1908, dans le service de M. Cerné, à l'Hôtel-Dieu. On constate tous les signes d'un pyopneumothorax.

7 avril 1908. — *Opération* (M. Cerné). — Incision antérieure, dans le troisième espace : issue de sept ou huit vésicules filles affaissées, nageant dans du pus. On ne trouve pas de membrane-mère. Drainage. Pas de nouvelle issue de membranes par la plaie.

10 mai. — La malade rejette en toussant un lambeau de membrane jaune, épaisse, enroulée, qui lui tombe dans la main. Suites simples.

Sortie le 26 mai, en bon état, engraissée, conservant toutefois un peu de fièvre et une fistule pleurale.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Dévé)

Mme P..., cinquante-huit ans, vient consulter pour des troubles dyspeptiques d'ordre banal. On relève dans ses antécédents, l'histoire suivante :

En 1890 (elle avait trente-six ans) cette femme commença à présenter des hémoptysies qui, malgré un état général très satisfaisant et même « florissant » éveillèrent le soupçon de tuberculose. Deux médecins consultés (dont un professeur parisien) conseillèrent un séjour au Vernet.

Une première fois, en juin 1891, la malade rejeta des « matières noirâtres, fétides, renfermant des membranes qui déterminèrent au moment de leur passage un violent accès de suffocation ».

En septembre de la même année, seconde vomique hydatique : rejet d'un lambeau de membrane très épais, large comme la moitié de la main. Cette vomique est suivie d'une forte hémoptysie ayant nécessité des applications de glace pendant plusieurs jours.

La malade se rend au Vernet (Dr Sabourin), en novembre 1891. Vers le mois de janvier, nouvelle vomique avec issue d'une « peau » qu'on retrouve dans le crachoir. Le Dr Sabourin diagnostique un kyste hydatique de la base gauche.

Suites très simples. La malade est restée, depuis lors, complètement guérie.

A l'examen actuel, à plus de vingt ans de distance, on ne

retrouve aucune anomalie respiratoire, à l'examen de la poitrine.

Remarque. — Outre ces six cas de kystes du poumon, dans lesquels une vomique hydatique s'est produite, M. Dévé a eu l'occasion d'observer quatre autres cas de kystes hydatiques du poumon. Deux cas constituent des découvertes d'autopsie (chez un tuberculeux pulmonaire chronique et chez un vieux paraplégique) : kystes intacts, non compliqués. Dans le troisième cas, qui avait été pris pour une pleurésie, une ponction évacuatrice fut suivie de l'apparition des signes d'un pyo-pneumokyste du poumon (1) : la malade guérit par thoracotomie. Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'un malade opéré de cholépéritoine hydatique (par le Dr Bataille) et qui était porteur de quatre kystes hydatiques latents du poumon, que révéla seule la radioscopie. Aucun de ces kystes pulmonaires ne s'était rompu dans les bronches.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Jeanne)

Femme, trente-cinq ans environ, présentant tous les signes de la tuberculose pulmonaire et soignée avec ce diagnostic pendant plusieurs mois.

Le diagnostic exact fut fait après l'expulsion de membranes hydatiques.

A la suite de cette première vomique, expectoration purulente et à plusieurs reprises rejet de pus avec des lambeaux de

1. F. Dévé, *Pyo-pneumokyste hydatique du poumon.* Société de médecine de Rouen, séance du 11 novembre 1907.

membranes. Suppuration prolongée ; phénomènes d'infection.

Guérison spontanée sans aucun traitement chirurgical. Retour parfait à la santé.

La malade, suivie pendant un an, à été perdue de vue depuis une dizaine d'années.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Jeanne)

Garçon boucher, vingt-sept ans.

Soigné pour tuberculose pulmonaire : toux, hémoptysies, crachats purulents, abondants, quasi-nummulaires, faisant craindre l'existence de cavernes. Le malade change de médecin parce qu'il ne va pas mieux. Il me consulte un jour, et me montre une peau qu'il vient d'expulser en toussant ; je reconnais une membrane hydatique typique. Il existe des signes de caverne à la base du poumon droit.

Traitement. — Éther à l'intérieur et en inhalations.

Sans nouvelle vomique, le malade rejeta à plusieurs reprises des lambeaux de membranes. Il présentait, en outre, une légère expectoration purulente.

Guérison absolue en deux mois.

Revu onze ans après, en parfaite santé ; pas de tuberculose.

OBSERVATION X (Inédite)

(Jeanne)

Autre garçon boucher, âgé de vingt-cinq ans.

Soigné, pendant plusieurs mois, pour tuberculose pulmonaire, il rejeta, un jour, une membrane hydatique ; dans la suite, il élimina à plusieurs reprises des lambeaux de membranes.

Guérison spontanée sans longue suppuration.

Le malade, revu deux ans après, était en excellente santé ; il avait pu reprendre son métier de boucher.

Pas de tuberculose pulmonaire.

Remarque. — Ces trois cas représentent les seules vomiques hydatiques que le Dr Jeanne ait observées dans sa pratique.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Le Nouëne)

Eugène T..., vingt-huit ans, jusque-là d'une santé parfaite, est pris de toux quinteuse avec hémoptysies et amaigrissement. Il est considéré comme tuberculeux.

Il présente à la partie moyenne du poumon droit une matité très étendue et du gargouillement.

Après une quinte de toux, il a une vomique dans laquelle on trouve des fragments de poche blanche et épaisse. Pen-

dant quelques jours il crache, après des quintes de toux, des morceaux plus petits de même aspect. Les hémoptysies ne se reproduisent pas. L'appétit et l'embonpoint reviennent rapidement, la toux cesse, les signes cavitaires disparaissent.

Guérison spontanée parfaite.

Depuis quinze ans, le sujet est en bonne santé.

Les observations qui vont suivre proviennent de la pratique de médecins exerçant depuis de longues années, pour la plupart, dans la région landaise.

On sera tenté de reprocher à plusieurs d'entre elles d'être un peu succinctes. Assurément, nous eussions préféré avoir, à leur sujet, plus de détails qui les eussent rendues plus instructives. Telles qu'elles sont — et il serait aussi injuste que déplacé de reprocher leur brièveté à des praticiens pris par leurs occupations assujettissantes — elles offrent, à nos yeux, un intérêt qu'offrent bien peu des observations détaillées recueillies dans les hôpitaux urbains. Car les malades qui en font l'objet ont pu être *suivis* par leur médecin *durant de nombreuses années*, vingt ans, vingt-cinq ans et davantage. Ces observations nous permettront d'apprécier l'avenir de la vomique hydatique pulmonaire.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Malet, de Morcenx, Landes.)

En 1864, M. X... (il s'agit d'un propre parent du Dr Malet), alors âgé de cinquante ans, très vigoureux et de forte cons-

titution, fut pris d'une affection des bronches, avec fièvre et hémoptysies. Il fut à Paris, en 1865, consulter Trousseau, Rayer, Guéneau de Mussy. De leur consultation, que j'ai sous les yeux, il ressort que ces éminents maîtres avaient diagnostiqué une tuberculose pulmonaire. Pidoux, qui était le médecin ordinaire du malade, n'admettait pas la tuberculose ; il déclarait, d'ailleurs, ne pas savoir ce que c'était. Au mois d'août 1865, le malade se trouvait aux Eaux-Bonnes lorsqu'il fut pris d'une vomique hydatique très violente qui, pendant quelques jours, mit sa vie en danger. Puis tout s'améliora rapidement. Deux mois après M. X... était complètement guéri ; il ne toussa plus, eut une santé merveilleuse et mourut à soixante-seize ans d'une hémorragie cérébrale.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Malet)

En 1878, une religieuse de Morcenx fut prise de bronchite, fièvre, sueurs nocturnes, hémoptysies. On la traita pendant deux ans pour tuberculose pulmonaire. Un jour elle rendit des membranes hydatiques dans une violente vomique, à la suite de laquelle sa santé se rétablit. Depuis, elle se porta très bien et vit encore.

OBSERVATIONS XIV et XV (Inédites)

(Malet)

En 1884, un jeune homme de Garrosse, âgé de vingt ans, qui toussait depuis six mois, me fit appeler à la suite d'une légère hémoptysie. Je fis le diagnostic de tuberculose.

L'année d'après, il passait le conseil de revision : le médecin-major l'ajourna en déclarant aux membres du conseil de revision qu'on ne le reverrait pas l'année suivante... Deux mois après, il eut une violente vomique accompagnée d'hémoptysie. Je fus appelé auprès du malade et je trouvai, au milieu des caillots de sang, des membranes d'hydatides. Mon diagnostic fut éclairé et mon pronostic changé.

L'année suivante, le jeune homme se représenta au conseil de révision, fut accepté et fit son service dans les cuirassiers. Depuis, il s'est très bien porté et vit encore en parfaite santé.

Pendant que ce dernier malade faisait son service militaire, son père, alors âgé de quarante-huit ans, fut pris de bronchite, congestion pulmonaire et hémoptysies. Me rappelant la maladie du fils, je fis le diagnostic de kyste hydatique du poumon (1).

Comme je chassais un jour, dans le voisinage de ce malade, avec un de mes amis, ancien interne lauréat des

---

1. Ce fait montre bien tout l'intérêt clinique de la notion d'*échinococcose familiale* sur laquelle notre maître, M. Dévé, a appelé l'attention, il y a plusieurs années : F. Dévé, *de l'échinococcose familiale* (*Archives générales de Médecine*, 25 oct. 1907).

hôpitaux de Paris, je lui fis voir le malade : il diagnostiqua une tuberculose pulmonaire à évolution rapide.

La maladie évolua comme pour les autres cas : violente vomique hydatique suivie de guérison. Cela se passait en 1886, et depuis, cet homme, qui vit encore, se porte très bien ; il n'a plus rien présenté du côté du poumon.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Malet)

En 1905, une jeune fille de Morcenx se plaignait de bronchite et surtout d'une forte douleur dans le côté ; malgré tous les traitements, la toux et la douleur persistaient. Un jour, elle eut une légère hémoptysie et je découvris dans les caillots un petit morceau de membrane d'hydatide. Mon diagnostic fut établi.

A la suite de cette hémoptysie, la douleur disparut, ainsi que la toux. Mais au bout de deux mois tout reparut et l'état de la malade devint grave, lorsque, un beau jour, une vomique très violente se produisit et une grande membrane hydatique fut expulsée. La guérison se fit rapidement.

Aujourd'hui, la malade, mariée, est mère d'un superbe bébé qu'elle nourrit au sein. Elle se porte admirablement et ne tousse plus du tout.

Le Dr Malet faisait suivre les observations qu'il adressait au Dr Dévé des remarques suivantes :

«J'ai observé, en vingt ans, une vingtaine de cas de kystes hydatiques, un peu dans tous les organes, en

particulier un du corps thyroïde. *Tous les kystes hydatiques du poumon que j'ai vus ont guéri spontanément après une vomique.* Pour moi, de tous les kystes hydatiques, celui du poumon est le moins grave ».

OBSERVATIONS XVII et XVIII (Inédites)

(Brouqueyre, de Maillères, Landes.)

Depuis cinq ans que je suis installé, j'ai eu l'occasion d'observer deux cas de kystes hydatiques du poumon : le premier, il y a quatre ans, chez un homme de trente ans ; le second, l'année dernière, chez une femme de trente-cinq ans.

Dans les deux cas, j'étais consulté pour toux sèche, opiniâtre, avec hémoptysies à répétition et amaigrissement. Dans les deux cas, les signes stéthoscopiques se réduisaient à une légère différence dans le murmure vésiculaire, avec un peu de submatité dans le tiers supérieur du poumon *droit.* Pas de râles muqueux.

Chez l'un et l'autre sujets, au bout de quatre à cinq mois, il s'est produit brusquement une très violente hémoptysie où j'ai pu constater les membranes révélatrices. Les deux malades ont guéri complètement dans un délai de trois à six semaines. Ils ont repris leur appétit, leur embonpoint, leurs forcés ; ils ne toussent plus, n'ont plus craché de sang. Cela depuis quatre ans pour l'homme, depuis dix mois pour la femme.

OBSERVATION XIX

(Adrien Callen, de Sores, Landes. Notes recueillies par le Dr Dévé.)

Mme Br., quarante-quatre ans, femme de berger. Début, il y a six ans, par de la toux. Le 1er mai 1905, elle crache du sang, puis un liquide clair, salé. Quelque temps après, elle rejeta des « peaux » dans ses crachats. Elle rendit aussi des débris de membranes pendant quatre ans (elle avait une crise tous les ans). A sa dernière vomique, qui remonte à deux ans, elle cracha une grande quantité de peaux fétides, mélangées à du pus et du sang ; son haleine était « mauvaise » quand elle toussait. Depuis lors, elle n'a plus rien eu, elle n'a plus toussé, est très bien portante et travaille.

L'examen de la poitrine, pratiqué par M. Dévé, ne révèle plus rien d'anormal.

OBSERVATION XX (Inédite)

(A. Callen)

Mme D..., vingt-neuf ans, femme d'un bouvier. A commencé à tousser vers le 25 août 1909. Toux sèche, survenant le matin, par quintes. A cette époque, le Dr Callen constata à la base gauche, des râles sous-crépitants, dans une étendue large comme la moitié de la main.

Pendant l'hiver 1909, elle cracha du sang, d'abord rouge, puis noir, sentant mauvais. Puis pendant plusieurs semaines, elle cracha du pus. L'expectoration cessa et la malade fut

bien portante pendant l'été 1910. Avec l'hiver, elle se remit à tousser et, dans le courant de décembre, un matin, en faisant des courses dans le bourg, elle rendit une grande membrane « semblable à une peau de tripe de porc raclée » qui faillit l'étouffer : elle la sentait cornant dans sa gorge et ne pouvait plus respirer ; enfin, la « peau » sortit : elle en avait « une pleine bouche ». Après le rejet de cette membrane, la malade dit qu'elle eut, pendant plusieurs jours, « une sensation d'eau remuant dans le côté gauche quand elle se baissait ». De fait, le Dr Callen put constater des signes amphoriques avec nombreux râles périphériques.

Depuis cette vomique, changement complet ; la malade reprit chaque jour, la fièvre disparut bientôt, en même temps que l'expectoration cessait.

Actuellement (19 avril 1911), l'examen de la poitrine ne montre plus qu'une zone de gros frottements (cuir neuf) à la base gauche en arrière. Pas de matité, pas de râles. Rien au foie (M. Dévé).

OBSERVATION XXI (Inédite)

(A. Callen)

Femme de soixante-six ans. Kyste du poumon droit, évacué, la première fois, il y a cinq ans. Cette femme a encore craché une membrane il y a deux mois. Elle déclare en rendre ainsi plusieurs fois par an ; dans l'intervalle, ne tousse ni expectore.

Cette femme, examinée par M. Dévé en avril 1911, était en excellente santé et la percussion non plus que l'auscul-

tation les plus soignées ne révélaient rien d'anormal dans ses poumons.

OBSERVATION XXII (Inédite)

(A. Callen)

Mme Duc..., soixante ans, femme de berger, vint consulter le Dr Callen il y a un an pour des douleurs thoraciques accompagnées de toux sèche. Quelques jours plus tard, elle rendait quelques crachats hémoptoïques. Pendant quinze jours, elle eut une expectoration muqueuse, puis la toux parut disparaître. Mais un mois plus tard les accès de toux quinteuse reparaissaient ainsi que les crachats sanglants. De juillet 1910 à mars 1911, son état s'améliora et elle se croyait guérie, lorsque, il y a un mois, la toux refit son apparition. Il y a quinze jours, pendant qu'elle lavait, elle fut prise d'une quinte de toux au cours de laquelle elle rendit une « peau » de la largeur d'une pièce de 5 francs, jaunâtre ; quelques instants plus tard, elle crachait un peu de sang. Les jours suivants, elle expectora un peu de pus. Son état général s'améliore rapidement depuis lors. Elle n'a pas de fièvre et a repris son appétit. Elle n'a pas cessé ses occupations.

L'examen stéthoscopique de la poitrine, pratiqué par M. Dévé, le 19 avril 1911, ne révèle aucune modification de la percussion ni de l'auscultation : il est impossible de trouver le siège du foyer qui s'est ouvert à peine quinze jours auparavant.

Remarque. — Le frère de cette malade a eu un kyste du poumon ayant provoqué des accidents qui avaient été pris

pour une pneumonie. Il a expectoré son kyste et est demeuré, depuis lors, très bien portant.

OBSERVATION XXIII (Inédite)

(Dubourg, de Saint-Symphorien, Gironde.)

En 1888, L. G..., de Saint-Symphorien, homme de trente-deux ans, de bonne santé antérieure et sans antécédents héréditaires tuberculeux, était pris d'hémoptysies répétées, avec bronchite consécutive. Cette bronchite prit bientôt tous les caractères cliniques de la phtisie pulmonaire. Après plusieurs mois, le poumon droit, seul malade, présentait les signes habituels de la phtisie au troisième degré. L'état du malade paraissait désespéré : expectoration purulente très abondante, aspect cachectique.

Or, vers le sixième mois de la maladie, survint une brusque vomique de pus et d'hydatides, celles-ci en grande abondance. L'expulsion des hydatides se poursuivit pendant plusieurs jours.

A partir de ce moment, l'état général s'améliora ainsi que l'état local : les signes de bronchite disparurent rapidement. Il ne resta bientôt plus qu'une sonorité diminuée et une respiration soufflante dans la moitié supérieure du poumon droit. Après deux mois, le malade était complètement rétabli et il pouvait reprendre son travail.

Aujourd'hui, après vingt ans, L. G... continue de se bien porter et ne conserve de son ancienne maladie que de la rudesse respiratoire à droite.

OBSERVATION XXIV (Inédite)

(Dubourg.)

En septembre 1910, J. C...,cultivateur à Origne (Gironde), âgé de cinquante-deux ans, sans antécédents héréditaires tuberculeux et ayant joui, jusqu'alors, d'une bonne santé, est pris, à la fin d'une journée de travail pénible, d'une violente douleur dans le côté droit, avec fièvre et toux. L'auscultation révèle l'existence de frottements pleurétiques dans la moitié inférieure et postérieure du poumon droit,avec respiration amoindrie.

Les jours suivants, les symptômes de pleurésie s'accentuent, en même temps que dure la fièvre. Le traitement ordinaire de la pleurésie avait été institué et malgré l'amélioration des symptômes généraux, la disparition de la fièvre, le malade se sentait très affaibli.

Douze jours après le début, il fut pris d'une vomique et rendit un grand nombre d'hydatides avec un peu de liquide. L'expulsion d'hydatides se continue quelques jours, de moins en moins abondante.

Amélioration rapide et continue. A la fin du troisième mois de sa maladie,il reprenait ses occupations.

Aujourd'hui,à la date du 16 juin 1911, ce malade, ausculté par moi,ne présente, à l'examen, d'autres traces de sa pleurésie que quelques rares frottements pleuraux et une certaine rudesse respiratoire dans le poumon droit. Il n'a pas de bronchite, il n'est pas tuberculeux ; son appétit est excellent et sa puissance de travail, ce qu'elle était avant sa maladie.

OBSERVATION XXV (Inédite)

(Groc, de Saint-Symphorien, Gironde (1))

Pierre F..., enfant de métayer, âgé de six ans, est pris d'hémoptysie. Pas de tuberculeux dans sa famille. Le Dr Groc soupçonne le kyste hydatique et prévient les parents qu'il se produira probablement une expectoration anormale qu'on devra lui conserver dans de l'eau. L'enfant expectora son kyste trois ans après. Agé, aujourd'hui, de trente-quatre ans, marié, père de famille, il est très bien portant.

OBSERVATION XXVI (Inédite)

(Groc.)

Jean T..., berger (c'est le propre berger du Dr Groc) fut pris, à l'âge de dix huit ans, d'hémoptysies qui durèrent longtemps, revenant par périodes. Au bout d'un an il finit par cracher son kyste. Il y a vingt ans de cela. Il est aujourd'hui père de cinq enfants.

OBSERVATION XXVII (Inédite)

(Groc.)

G..., métayer, fut pris, à l'âge de vingt quatre ans, de bronchite et de crachements de sang. Il fut considéré comme

1. Notes prises par M. Dévé.

poitrinaire : la toux était persistante et les hémoptysies se répétèrent durant six mois. Le Dr Groc diagnostiqua un kyste du poumon : « Tu n'es pas phtisique dit-il au malade ; tu cracheras probablement une peau et tu seras débarrassé ». Il lui disait cela un 23 mars : le 23 août suivant, le malade crachait son kyste. Il vit encore et a des enfants mariés.

OBSERVATION XXVIII (Inédite)

(Groc.)

Pierre Ard..., huit ans, fut amené au Dr Groc au début de l'année 1910, pour une toux persistante. L'examen de la poitrine ne révélait rien. Le Dr Groc ne pensa pas au kyste. Une nuit du mois de mai 1910, on vint le chercher pour aller voir, à 10 kilomètres, l'enfant qui avait craché du sang. Le lendemain, le petit malade rendait des peaux ; il en rendit durant trois semaines. Il guérit rapidement et est resté depuis très bien portant.

OBSERVATION XXIX (Inédite)

(Groc.)

Henri D..., propriétaire, grand chasseur, avait présenté, à diverses reprises, des hémoptysies et de la toux. Envoyé à Bordeaux, il fut examiné aux rayons X : on découvrit un kyste du poumon. On lui parla d'opération. Il refusa. Quelque temps après il cracha son kyste. Il est resté, depuis, parfaitement guéri.

OBSERVATION XXX (Inédite)

(Groc.)

Jean Arr..., quarante cinq ans, cultivateur. est pris un jour d'hémoptysie. Il toussa pendant six mois ; de temps en temps il crachait du sang. On passa à côté du kyste. Or, un beau jour, il eut une vomique dans laquelle il rejeta des membranes. Guérison.

Un an plus tard, on lui découvrait un kyste du foie qui fut opéré à Bordeaux. Mort un mois après l'opération.

Aux observations précédentes qui ont trait à des kystes s'étant évacués par vomiques et qui, abandonnés à leur évolution naturelle, ont abouti à la guérison définitive, il nous a semblé intéressant d'opposer un certain nombre d'observations dans lesquelles le chirurgien a cru devoir intervenir; son opération est restée négative et le malade n'en a pas moins guéri heureusement. Nous les réunirons sous l'étiquette :

Vomique hydatique pulmonaire. — Opération inutile. — Guérison spontanée

OBSERVATION XXXI

(Vegas et Crauwell, *los Quistos hidaticos.* Buenos-Ayres, 1901, obs. 653, p. 394.)

Homme de quarante-quatre ans. Kyste hydatique du poumon droit ; tuberculose pulmonaire. Traitement : résection costale et pneumotomie : *on ne put trouver le kyste.* Entré le 19 décembre 1894, sorti le 14 janvier 1895. État stationnaire.

OBSERVATION XXXII

Morquio, *Kystes hydatiques du poumon chez l'enfant* (*Archives de médecine des enfants*, n° 10, octobre 1908, obs. VI, p. 667).

Enfant de dix ans, entre, le 4 juin 1906, à l'occasion d'une hémoptysie. Vomique de pus et de sang un an auparavant.

A l'examen du poumon droit : diminution de la sonorité dans la partie inférieure avec respiration faible et vibrations diminuées. Pas de bruits adventices. Le reste de l'appareil respiratoire apparaît normal.

La radiographie fait voir à la base du poumon droit une ombre de la grandeur d'un œuf de poule, surmontée d'une

zone très étendue dans laquelle la clarté n'est pas très franche. Une frange très claire la sépare du foie.

Pas de troubles fonctionnels, pas de toux, ni d'expectoration, apyrexie.

On fait deux ponctions exploratrices en des points différents avec des résultats négatifs et on soupçonne l'existence d'un kyste hydatique vidé avec la dernière vomique.

L'enfant est revu en novembre 1906 : il est plus amaigri, il crache beaucoup et a eu des hémoptysies fréquentes. Dans les crachats, on ne trouve pas de bacilles de Koch; par contre, des crochets échinococciques.

A l'examen physique, on observe de la matité dans la partie inférieure du poumon droit, l'abolition des vibrations et de la respiration, pas d'égophonie. A la partie supérieure, il y a diminution de la sonorité, respiration soufflante et vibrations exagérées. En avant, on trouve : diminution de la sonorité sous-claviculaire, diminution de la respiration et quelques frottements.

Ponction exploratrive négative.

3 et 4 décembre. — Deux petites hémoptysies.

Rien d'autre dans l'état local et général.

14 décembre. — *Radioscopie.* — Ombre dans le poumon droit, située exactement à la base, en se confondant avec le diaphragme et en se distinguant de l'ombre du foie par sa couleur moins obscure. En haut, elle arrive jusqu'à l'épine de l'omoplate et semble prédominer à la partie postérieure.

20 décembre. — *Opération.* — Résection de la neuvième côte. La plèvre apparaît normale. *On explore dans plusieurs directions avec la seringue de Pravaz sans résultat positif et on ne continue pas l'opération.*

Pendant que l'enfant était encore anesthésié, il fit un effort pour cracher et rejeta un petit caillot de sang avec des débris de membranes hystiques.

12 janvier 1907. — L'enfant s'est bien comporté. Rien de nouveau, pas de fièvre, pas de toux, pas d'expectoration. La plaie s'est fermée : persistent les mêmes signes physiques. L'enfant est transporté à la campagne.

OBSERVATION XXXIII

(Gosset *in* Guimbellot, thèse de Paris, 1910, obs. III, p. 140.)

Homme de cinquante-deux ans, entre à la maison de santé, le 9 avril 1907.

Les premiers symptômes remontent au début de septembre 1906. Il y eut, à cette époque, de la toux quinteuse, continuelle avec expectoration en quantité considérable de liquide mousseux strié de sang et rejet de débris de membranes. Le malade peut continuer son métier et pendant les mois d'octobre et de novembre, il jouit d'une santé à peu près bonne ; toux intermittente un peu de fièvre vespérale et léger amaigrissement.

5 décembre. — Crachats hémoptoïques, toux fréquente, fièvre au voisinage de 39 degrés. Râles très fins au sommet gauche en arrière et à la base droite. Le lendemain, expectoration de membranes blanches en forme de grain de raisin, qui sont reconnues être des vésicules hydatiques.

Pendant tout le mois de décembre, la fièvre s'installe en permanence, la toux est fréquente, crachats purulents et

hémoptoïques,inappétence,amaigrissement, perte des forces.

25 décembre. — *Radiographie.*— Tache arrondie dans la fosse sous-épineuse gauche. L'auscultation montre à ce niveau quelques râles.

En janvier, amélioration notable : disparition de la fièvre, appétit et forces reviennent,le malade engraisse. En février, la fièvre reparaît, monte brusquement à 40 degrés et dure jusqu'en mars.

Le 3 mars, se produit une vomique très abondante de membranes et de pus. Le soir même, la fièvre tombe et le malade entre dans une phase d'amélioration qui persiste jusqu'à ce jour. Il continue néanmoins à expectorer quelques membranes.

10 avril 1907. — *Examen.* — Homme de constitution vigoureuse. Bien qu'ayant maigri, il présente un degré d'embonpoint suffisant.

Toux très rare : par vingt-quatre heures, 100 grammes d'expectoration muco-purulente très aérée.

A l'examen des poumons: poumon droit normal. Poumon gauche, en avant, léger tympanisme sous-claviculaire ; rien à l'auscultation. En arrière, la percussion donne une sonorité normale à la partie supérieure de la submatité au-dessous de l'angle de l'omoplate,enfin,de la matité à la base. L'auscultation ne révèle rien de spécial dans la fosse sus-épineuse. Dans la fosse sous-épineuse,respiration soufflante, avec maximum à la hauteur de l'angle de l'omoplate. A la base, diminution du bruit respiratoire, égophonie et pectoriloquie aphone.

En somme,il y avait à la partie moyenne et inférieure du poumon, à gauche en arrière, des symptômes donnant l'im-

pression d'une cavité séparée de la paroi par une épaisseur notable de poumon avec présence d'une petite collection liquide à la base.

Radioscopie faite par M. Béclère. Cette radioscopie montre au niveau des septième, huitième et neuvième côtes gauches une zône plus sombre, à limites irrégulières, d'où partent des bandes sombres qui rayonnent dans presque tout le poumon et traduisent de la sclérose pulmonaire. Étant donnés ces signes, M. Béclère pense que le kyste est en voie de guérison spontanée et qu'on aura beaucoup de difficultés, à l'intervention, pour arriver sur le foyer primitif.

13 avril.— *Opération* (Gosset). — Résection des septième, huitième et neuvième côtes sur une longueur de 6 centimètres. La plèvre pariétale et la plèvre viscérale sont partout adhérentes. Le poumon est congestionné, dur, mais assez friable. L'aiguille de l'appareil Potain, enfoncée en plusieurs points et suivant diverses incidences, ne décèle aucune cavité apparente. La plaie pulmonaire saigne abondamment. Le malade rend par le nez du sang en abondance mêlé à des débris pulmonaires correspondant à des parcelles détachées au moment de l'exploration avec le doigt. Il a été fait, en effet, au poumon, avec le bistouri, une incision de 1 cm. 1/2 qui n'a donné aucun résultat.

La symphyse pleurale, la profondeur à laquelle siège peut-être le kyste, la durée de l'intervention, l'absence de tout guide direct pour conduire sur le foyer autorisent à *arrêter là l'opération*. Hémostase soignée.

Réfection du plan musculaire profond. Drainage avec une mèche de gaze.

Suites opératoires très simples.

Le malade sort de la maison de santé le 30 avril, en bon état général et local et diminution de l'expectoration muco-purulente. L'expectoration disparaissait définitivement en juin.

10 décembre 1907. — État des plus satisfaisants. Appétit excellent. Poids remonte de 68 à 98 kilos. Plus de toux. Sonorité parfaite à la percussion. Respiration normale sans bruits surajoutés.

OBSERVATION XXXIV

Fossati, *Quistes hidaticos del pulmon.* (*Revista médica del Uruguay*, julio 1911, obs. VII, p. 139.)

Homme de trente-trois ans. Un an auparavant, à la suite d'un effort, il sentit une douleur dans la région du mamelon droit, et commença à cracher du sang pur. Cette expectoration continua et se transforma peu à peu en une expectoration purulente renfermant toujours du sang. Pas de vomique hydatique franche. Bon état général.

Examen clinique.—Poumon gauche normal. Du côté droit à la base, zone qui vibre peu, mate à la percussion, avec région centrale plus sonore et qui respire peu.

Radiographie. — Tache obscure circulaire, du volume d'une orange, séparée du diaphragme par une zone claire large de deux travers de doigts, tache située vers le hile du poumon.

Opération (Lamas et Fossati). — Résection des cinquième et sixième côtes. Plèvre libre. Fixation du poumon avec deux fils de grosse soie. A ce moment, violent accès

de toux qui rompt la fixation pleuro-pulmonaire : il se fait un petit pneumo-thorax. On tamponne et on laisse la découverte du foyer pour un second temps ultérieur.

Le malade se trouva bien, l'expectoration diminua, la fièvre disparut, le poids augmenta.

Cinq jours après, on fit une radiographie sur laquelle l'ombre primitive apparut diminuée. L'expectoration disparut après six jours.

Nouvelle radiographie, dix jours après la précédente : elle montre la zone pulmonaire obscure disparue et une légère zone sub-opaque au niveau du pneumothorax.

Enfin, quinze jours plus tard, dernière radiographie qui montra un poumon complètement clair. Le malade sort de l'hôpital, sans avoir eu de nouveaux accidents.

OBSERVATION XXXV

(Fossati, *ibid*, obs. XXIV p. 148.)

Homme de quarante ans. Il y a deux ans, il ressentit une forte douleur dans le poumon gauche, avec toux légère et aussitôt apparut une expectoration sanguinolente et un liquide clair comme de l'eau. Il vit un médecin qui constata à la partie moyenne du poumon gauche une zone mate, sans vibrations ni respiration, et qui, à la suite d'une ponction, diagnostiqua un kyste hydatique hyalin.

Radiographie. — Zone obscure à la partie moyenne du poumon gauche, entourée d'une ombre diffuse.

Opération (Lamas et Mondino). — Résection des cinquième et sixième côtes. Plèvre libre. Fixation du poumon.

Mais le malade, dans un effort, rompt les sutures et il se produit un pneumo-thorax. On arrête là l'opération, après avoir tamponné, pour attendre que se soient formées des adhérences

Le vingtième jour, nouvelle intervention. Mais, *en dépit de ponctions répétées, on ne rencontre aucun foyer.*

Le malade s'améliore rapidement. L'expectoration diminua pour disparaître complètement après trois mois. Une nouvelle radiographie montra alors la clarté complète du poumon.

OBSERVATION XXXVI

(Fossati, *ibid.* Appendice, obs. VII, p. 154.)

Homme de trente-quatre ans, vigoureux et robuste, qui, sans s'être senti malade, fut pris d'un violent accès de toux et expulsa une grande quantité de liquide et de membranes hydatiques. Pendant plusieurs mois, il continua de travailler avec une expectoration purulente accompagnée de débris de vésicules et de membranes hydatiques.

Radioscopie. — Ombre de petite étendue dans le poumon droit, à la hauteur du second espace intercostal entre les lignes parasternale et maxillaire.

Opération (Lamas et Mondino). — Résection des deuxième et troisième côtes. Plèvre libre. Il se fait un pneumo-thorax. on fait le tamponnement.

Suites bonnes. L'expectoration disparut et rien n'apparut par la plaie.

Avant de faire une seconde intervention, on pratique un

nouvel examen radioscopique, qui montre le poumon complètement clair.

Le malade sortit de l'hôpital et, depuis, n'eut plus aucun accident.

Des observations précédentes, auxquelles il faut joindre notre observation III, nous rapprocherons cette remarque de Escudero (p. 195) : « Il y a de petits kystes centraux, très éloignés de la périphérie pulmonaire, qui sont difficilement opérables... Nous connaissons *plusieurs cas, dont nous avons vu quelques-uns, où l'opération ne put être achevée* parce qu'on n'arriva pas à trouver le kyste ».

CONCLUSIONS

I. — *La vomique hydatique pulmonaire* consiste dans le rejet, par la bouche, du contenu d'un kyste hydatique du poumon rompu dans les bronches.

Elle doit être nettement séparée, d'une part, du vomissement hydatique, d'autre part, des vomiques hydatiques hépato, réno et spléno-bronchiques. La vomique hydatique pleuro-bronchique, d'ailleurs tout à fait exceptionnelle, peut être pratiquement assimilée à la vomique pneumo-bronchique.

II. — Survenant parfois au cours ou à la suite d'une intervention sur le kyste (ponction exploratrice ou évacuatrice, incision chirurgicale), la vomique se produit le plus souvent spontanément, au cours de l'évolution naturelle de la lésion. Elle peut être occasionnée par un effort ou un accès de toux. Si elle semble plus fréquente en cas de kystes suppurés, elle est cependant loin d'être rare en cas de kystes à contenu limpide.

III. — La rupture de la vésicule hydatique, à l'intérieur d'une bronche ouverte dans l'espace virtuel péri-parasitaire, est généralement due à la diminution

de résistance de la cuticule sous l'influence d'un processus d'endokystite, d'origine bronchique.

IV. — Considérés au point de vue de leur tendance à la vomique, les kystes hydatiques du poumon peuvent être séparés en deux groupes : les kystes corticaux, para-pleuraux et les kystes centraux, para-bronchiques. Ces derniers ont plus de tendance à évacuer leur contenu dans les bronches alors que leur volume demeure relativement restreint. Entourés de parenchyme pulmonaire libre et malléable, ils sont, dans la règle, plus aptes à s'affaisser et à se cicatriser spontanément, que les kystes corticaux, souvent symphysés à la paroi thoracique.

V. — Le rejet de formations parasitaires se présente, en clinique, sous trois aspects : la grande vomique hydatique, la vomique hydatique fractionnée, l'expectoration hydatique.

Les signes stéthoscopiques, qui suivent l'évacuation de la poche, diffèrent selon qu'on a affaire à un kyste central ou à un kyste cortical. Souvent obscurs et empruntant leur symptomatologie adventice aux phénomènes réactionnels périkystiques, dans le premier cas, ils sont au contraire nets et directs dans le second groupe de faits. On observe généralement, alors, des signes amphoriques et hydro-aériques qui caractérisent le « pyo-pneumo-kyste hydatique » du poumon.

VI. — Variable est l'évolution de la vomique hydatique pulmonaire. Elle peut se faire selon trois modalités principales : vomique unique suivie de

guérison rapide; vomique à répétition donnant lieu à une guérison lente; vomique suivie d'accidents septiques aboutissant à la cachexie.

VII.— Des complications diverses, d'ordres mécanique, infectieux ou spécifique, peuvent succéder à la vomique et aggraver son pronostic.

VIII. — Le diagnostic clinique de la vomique hydatique est généralement aisé, grâce à l'aspect caractéristique des membranes hydatiques. Tout aussi caractéristique est la brusque irruption dans les bronches, d'un flot de liquide limpide et salé. En cas de doute, le microscope apportera un élément de certitude (constatation de débris de cuticule feuilletée, de crochets pathognomoniques). Lorsqu'on n'aura pu constater le rejet des éléments parasitaires, la réaction de la fixation du complément fournira un appoint précieux pour le diagnostic. Enfin, toutes les fois qu'il sera possible, l'examen radioscopique de la poitrine ne devra pas être négligé. Cette exploration permettra de reconnaître avec beaucoup plus de précision que l'examen stéthoscopique : l'origine pulmonaire de la vomique, le siège et les dimensions du kyste, de même que certaines complications locales ou éloignées. C'est ainsi qu'elle révélera éventuellement, dans le même poumon ou dans le poumon opposé, la présence d'autres kystes demeurés latents.

IX. — La plupart des auteurs modernes admettent que les kystes du poumon évacués par vomique et abandonnés à leur évolution naturelle aboutissent à la mort, dans la grande majorité des cas.

Les chirurgiens, en particulier, insistent, avec Tuffier, sur « les dangers de l'expectation et la gravité immédiate ou tardive de la prétendue vomique curative ». Et ils concluent à la nécessité du traitement chirurgical dans tous les cas.

Or, d'une part, l'étude des statistiques montre que, loin d'atteindre les chiffres de 50 à 64 o/o de mortalité qu'on lui attribue, *la vomique hydatique est parfaitement curative dans plus de 80 o/o des cas.*

D'autre part, il est à remarquer que, de l'aveu même des chirurgiens, l'intervention sanglante présente « toujours une certaine gravité ». Elle ne met pas l'opéré complètement à l'abri des complications qui succèdent à l'évacuation spontanée des kystes dans les bronches. Elle l'expose à des complications qui lui sont particulières. Elle risque enfin, dans certains cas, de demeurer négative.

Dans ces conditions, on n'a pas le droit de dire que, désormais « le seul traitement des kystes hydatiques du poumon est le traitement chirurgical », ni d'affirmer que « l'opération est toujours indiquée » et que « la pneumotomie est tout aussi nécessaire en cas de kyste évacué par vomique qu'en cas de kyste fermé », ainsi qu'on l'a soutenu encore dans ces derniers temps.

En réalité, c'est une erreur de vouloir enfermer dans « une formule univoque et absolue » la question des indications opératoires, en matière de kystes hydatiques du poumon. *Les kystes évacués spontanément par vomique doivent être envisagés à part.* Et

s'il en est, parmi eux, qui relèvent exclusivement et d'emblée du traitement chirurgical, il en est d'autres pour lesquels l'opération est le plus souvent inutile et doit d'autant plus être différée qu'elle n'est pas sans danger.

Il semble qu'on puisse proposer la règle de conduite suivante, en présence d'un kyste hydatique du poumon ayant donné lieu à une vomique.

Opération d'emblée, si l'on a affaire à un kyste cortical, volumineux.

Traitement médical expectant, s'il s'agit d'un kyste central, de taille modérée.

Opération secondaire, en cas de kyste profond avec persistance de signes cavitaires et altération grave de l'état général, sous la réserve d'une localisation précise de la poche.

Vu : le Président de thèse,

CHAUFFARD

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTI. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques chez l'enfant. Thèse d'Alger, juillet 1911.

BECKER (A.). — Die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in Mecklenburg. (Beitr. z. klin. Chirurgie, LVI, 1907.)

BEHR. — Des kystes hydatiques du poumon. Thèse de Paris 1894.

BEZOU. — Étude sur les kystes hydatiques du poumon. Thèse de Paris, 1892.

CALVERT. — Saint-Bartholomew's Reports, XXXIX, 1903, p. 207.

CASABIANCA. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon et particulièrement de leur traitement. Thèse de Paris, 1889.

CHACHEREAU. — Un kyste hydatique du poumon. Thèse de Paris, 1884.

CHAMPOMIER. — Sur un cas de communication broncho-biliaire d'origine hydatique. Thèse de Montpellier, 1911.

CRANWELL et VEGAS. — Tratamiento de los quistes hidatidicos. Rapport présenté au Congrès international américain de médecine et d'hygiène. Buenos-Ayres, 1910.

DELGRANGE. — De l'expectoration dans les kystes hydatiques pulmonaires. Thèse de Paris, 1879.

DÉVÉ (F.). — Les kystes hydatiques du foie. Paris, 1905.

— Ensemensement intra-trachéal de sable échinococcique. Échinococcose secondaire du poumon, d'origine bronchique. (C. R. de la Société de Biologie, 16 juillet 1904, p. 136.)

— Pyo-pneumo-kyste hydatique du poumon. Kyste hydatique simulant une pleurésie. Ponction suivie de signes de pneumo-thorax. Suppuration. Thoracotomie. Guérison. (Société de Médecine de Rouen, 11 nov. 1907.)

— Une discussion médico-chirurgicale. Doit-on opérer tous les kystes hydatiques du poumon ? (Normandie médicale, 15 juillet 1911).

Dieulafoy. — Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre (Manuel de pathologie interne, I et Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1903, 16e leçon).

Escudero (P.). — Kystes hydatiques du poumon. Paris, Steinheil, 1912.

Ewald. — Real Encycl. Eulenburg, 1880, IV, p. 277.

Fossati (A.). — Quistes hidaticos del pulmon. (Revista medica del Urugnay, julio, 1911, p. 97).

Garré et Sultan. — Kritischer Bericht über 20 Lungen operationen (Beitr. z. klin. Chirurgie, 1902, XXXII, p. 492).

Guimbellot. — Sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques de la plèvre et du poumon. Thèse de Paris, 1910.

Hartmann. — Traitement chirurgical des maladies du poumon (Presse médicale, 27 avril 1912, p. 348).

Hearn. — Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre. Thèse de Paris, 1875.

Lemaire. — De la fréquence des kystes hydatiques du poumon et de la plèvre en Algérie. Thèse de Paris, 1903.

Méry et Babonneix. — Art. Kystes hydatiques du poumon (Nouveau traité de Médecine de Gilbert et Thoinot. Paris, 1910, XXIX, p. 714).

Morquio. — Kystes hydatiques du poumon chez l'enfant (Archives de Médecine des enfants, octobre 1908, p. 657).

Pasquier. — Diagnostic et traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon. Thèse de Paris, 1898-1899, n° 577.

Picquand. — Art. Kystes hydatiques du poumon (Pratique médico-chirurgicale de Brissaud, Pinard et Reclus, Paris, 1907).

Sabrazès. — Évolution et séquelles, chez un même malade, d'un kyste hydatique du foie et d'un kyste hydatique du poumon droit (Gaz. hebd. des sciences méd de Bordeaux, 15-22 oct. 1911).

Schwartz (A.). — Chirurgie du thorax. Paris, Doin, 1912, p. 313.

Souligoux. — Affections chirurgicales de la poitrine (Nouveau traité de Chirurgie de le Dentu et Delbet. Paris, 1911, p. 240).

Trousseau. — Hydatides du poumon (Cliniques).

Truc. — Essai sur la Chirurgie du poumon dans les affections non traumatiques. Thèse de Lyon, 1885.

Tuffier et Martin. — Kystes hydatiques du poumon (Revue de Chirurgie, 10 janvier 1910).

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 1524-12.